FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

N° 118

La place de la Sphinctérotomie Oddienne dans la Chirurgie des Affections Lithiasiques de la Voie Biliaire Principale

(Étude des indications et des résultats éloignés de 251 interventions dont 73 sphinctérotomies)

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Marseille

le 28 Octobre 1960

PAR

Jean-Raoul MONTIES
Né le 7 Janvier 1934, à Marseille
Interne Lauréat des Hôpitaux
Ancien Aide d'Anatomie à la Faculté

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	M. le Professeur R. de VERNEJOUL	*Président*
	M. le Professeur A. LÉNA	*Assesseurs*
	M. le Professeur E. HENRY	
	M. le Professeur Agrégé H. SARLES	

Imprimerie M. LECONTE
98, Cours Lieutaud, 98
MARSEILLE
— 1960 —

La place de la Sphinctérotomie Oddienne dans la Chirurgie des Affections Lithiasiques de la Voie Biliaire Principale

(Étude des indications et des résultats éloignes de 251 interventions dont 73 sphinctérotomies)

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

N°

La place de la Sphinctérotomie Oddienne dans la Chirurgie des Affections Lithiasiques de la Voie Biliaire Principale

(Étude des indications et des résultats éloignés de 251 interventions dont 73 sphinctérotomies)

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Marseille

le 28 Octobre 1960

PAR

Jean-Raoul MONTIES

Né le 7 Janvier 1934, à Marseille

Interne Lauréat des Hôpitaux

Ancien Aide d'Anatomie à la Faculté

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Examinateurs de la Thèse	M. le Professeur R. de VERNEJOUL	*Président*
	M. le Professeur A. LÉNA	
	M. le Professeur E. HENRY	*Assesseurs*
	M. le Professeur Agrégé H. SARLES	

Imprimerie M. LECONTE
98, Cours Lieutaud, 98
MARSEILLE
— 1960 —

PERSONNEL DE LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : G. MORIN — *Assesseur :* J. DELPHAUT

Secrétaire principal : P. MOUCHET — *Bibliothécaire :* Mlle PERRIN

Secrétaire principal honoraire : J. COMTE.

Professeurs honoraires : MM. AUDIBERT, BELTRAMI, BREMOND, JOYEUX, MONGES, MOIROUD, RIMATTEI, ROCHE, CHAUVIN MATTEI

PROFESSEURS

Anatomie	GRISOLI
Anatomie appliquée et Chirurgie expérimentale	HENRY
Anatomie pathologique	GASTAUT
Bactériologie et Pathologie générale	BRAHIC
Botanique et Cryptogamie	PELLISSIER
Cardiologie clinique et expérimentale	JOUVE
Chimie	DUMAZERT
Chimie analytique	ARNOUX
Chimie médicale	DERRIEN
Chimie minérale	MOURGUE
Clinique chirurgicale	CARCASSONNE
Clinique chirurgicale	LAMY
Clinique chirurgicale	De VERNEJOUL
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique	SALMON
Clinique de Chirurgie thoracique	DOR
Clinique d'Endocrinologie	VAGUE
Clinique exotique	BLANC
Clinique des maladies du système nerveux	CREMIEUX
Clinique médicale	AUDIER
Clinique médicale	POINSO
Clinique médicale thérapeutique	OLMER
Clinique des maladies des voies digestives et de la nutrition	RECORDIER
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique neuro-chirurgicale	PAILLAS
Clinique obstétricale et gynécologique	CHOSSON
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique oto-rhino-laryngologique	APPAIX
Clinique de Stomatologie	MARONNEAUD
Clinique urologique	N...
Histologie	PICARD
Hygiène et Médecine sociale	SAUTET
Matière médicale	BALANSARD
Médecine expérimentale	DONNET
Médecine légale et Médecine du Travail	MOSINGER
Parasitologie	RANQUE
Pathologie chirurgicale	LENA
Pathologie interne	N...
Pharmacologie	MERCIER F.
Pharmacie chimique et Toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie galénique	DELPHAUT
Physiopathologie des voies respiratoires	LAVAL
Physiologie	MORIN
Physique médicale	DUBOULOZ
Thérapeutique	PIERI

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Professeurs sans chaire

MM. ROUX
GREBUS
MM. LISSITZKY
MERCIER J.

Maîtres de Conférences Agrégés

MM. BERNARD Pierre
BOURRET
CORRIOL
CRISTAL
DEPIEDS
DESANTI
MM. GAMBARELLI
GEVAUDAN
PASTOR
PAYAN
STAHL
TAMALET

Agrégés en exercice

MM. BERARD
BERNARD R.
BONNAL
CHARPIN
CHAUVIN
COMITI
DALMAS
DEVIN
FARNARIER
MM. GERARD
LEGRE
MOUREN
ORSINI
REBOUD
SARLES
SERMENT
SIMONIN
TEMIME
TRIFAUD

Agrégés libres

MM. BERTHIER
FIGARELLA
GRANJON
IMBERT
MONGES H.
MM. OLLIVIER
OURGAUD
PAOLI
RAYBAUD

Chargé des fonctions de Maître de Conférences

Physiologie ..... M. ZWIRN

Chargé des fonctions d'Agrégé

Clinique des Maladies nerveuses ..... M. BOUDOURESQUES
Clinique de Stomatologie ..... M. LACHARD
Médecine légale ..... M. GRAS

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MES PARENTS

A MES SŒURS

A MES BEAUX-PARENTS

A MES AMIS

A mon Maître

Monsieur le Professeur R. DE VERNEJOUL

Vous m'avez fait l'honneur de présider ce Jury de Thèse. Permettez-moi d'exprimer à cette occasion l'admiration que je porte au chirurgien remarquable et au grand « Patron ».

Votre technique opératoire parfaite, votre amour de la chirurgie, votre simplicité auprès des malades sont autant d'exemples que vos élèves s'efforcent de suivre.

Je vous remercie de l'accueil que vous m'avez réservé dans votre laboratoire, m'intégrant dans votre équipe de recherche.

Acceptez l'expression de mon respectueux dévouement.

A mon Maître

Monsieur le Professeur A. LENA

J'ai eu l'honneur de travailler six mois avec vous.

Dans cette chirurgie difficile qu'est celle de la pathologie artérielle, vous m'avez montré l'importance du choix des indications, la valeur d'une technique minutieuse dans la réalisation.

Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

A mon Maître

Monsieur le Professeur E. HENRY

Je désire apporter un hommage particulier.

Depuis le jour heureux où je suis venu timidement vous demander de m'accepter comme élève, vous n'avez fait que me donner.

Mon ambition est de suivre le chirurgien brillant, l'enseigneur remarquable, et d'imiter l'homme dont la bonté n'a d'égale que la modestie.

Soyez assuré de mon admiration et de mon filial attachement.

A Monsieur le Professeur Agrégé H. SARLES

Votre haute compétence, votre dynamisme font que travailler avec vous est un enrichissement constant.

Je sais combien ce travail vous tient à cœur, comme tout ce qui concerne la pathologie du carrefour bilio-pancréatique.

Recevez mes remerciements pour l'aide que vous m'avez apportée.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

Monsieur le Docteur N. CARREGA

Monsieur le Professeur J. FIOLLE
In memoriam.

Monsieur le Professeur Y. POURSINES
In memoriam.

Monsieur le Professeur J. OLMER

dont j'ai eu l'honneur d'être l'externe.

Monsieur le Professeur R. DE VERNEJOUL

Monsieur le Professeur E. CHAUVIN

Monsieur le Docteur G. PLASSE

Monsieur le Professeur R. IMBERT

Monsieur le Professeur M. SALMON

Monsieur le Professeur J. DOR

Monsieur le Professeur J. GRISOLI

Monsieur le Professeur Agrégé J. PAOLI

dont j'ai eu l'honneur d'être l'interne.

A mes Maîtres du Laboratoire d'Anatomie .

Monsieur le Professeur J. GRISOLI

Monsieur le Professeur E. HENRY

Monsieur le Professeur Agrégé P. BOURRET

Monsieur le Professeur Agrégé J. GAMBARELLI

A mes Maîtres du Laboratoire d'Anatomie Appliquée et de Chirurgie Expérimentale :

Monsieur le Professeur R. DE VERNEJOUL

Monsieur le Professeur E. HENRY

Monsieur le Professeur Agrégé R. DEVIN

A tous ceux qui m'ont préparé aux Concours :

Le Docteur H. RICHELME
pour l'Externat.

Le Docteur H. RICHELME

Le Docteur J. EMERY

Le Docteur SOUTEYRAND

Le Docteur A. MURISASCO
pour l'Internat.

Le Docteur H. RICHELME
pour les Concours d'Anatomie.

A TOUS MES CAMARADES

de l'Internat

du Laboratoire d'Anatomie

du Laboratoire d'Anatomie Appliquée et de Chirurgie Expérimentale

Primum non nocere.

La radiomanométrie per-opératoire montre une oddite,

Le chirurgien n'est pas sûr de la vacuité du cholédoque,

Un calcul extrait avec précaution se fragmente dans la voie biliaire,

Le cholédoque est plein de boue et de calculins...

Quelle va être la conduite à tenir ?

Certes, le chirurgien tiendra compte de l'état général du malade, de l'aspect du pédicule hépatique ; mais, les cas faciles une fois éliminés, se posera la question : drainage externe, sphinctérotomie ou anastomose bilio-digestive ?

Il y a quelques années, la tactique était à peu près codifiée, avec ses insuffisances et ses imperfections. Mais, depuis, la sphinctérotomie s'est répandue, et chez certains s'est imposée, rejetant les autres techniques dans le grenier des interventions périmées. D'autres auteurs ne l'acceptent qu'avec des réserves. Qu'a-t-elle apporté et quelle est sa place ?

L'étude de 251 interventions pratiquées par le Professeur Henry va nous permettre d'apprécier le rôle progressivement croissant de la section du sphincter d'Oddi, qui n'a pas pour autant supprimé les techniques classiques : le drainage externe et les anastomoses bilio-digestives.

La sphinctérotomie a peut-être des dangers. La suppression d'un sphincter pathologique est logique. Mais on étend ses indications à des sphincters sains.

Seule l'étude des résultats éloignés permettra de juger de son innocuité. La comparaison des diverses interventions, leur action sur la maladie lithiasique et leurs répercussions possibles sur la fonction biliaire apportera peut-être suffisamment d'arguments pour fixer à chaque technique la place qu'elle occupe dans la chirurgie de la voie biliaire principale.

Tel est l'objet de ce travail.

A

Papille et Pathologie de la V B P

I. — La place du sphincter d'Oddi dans la physiologie des voies biliaires.

II. — La place du sphincter d'Oddi dans la pathologie de la V.B.P.

III. — La sphinctérotomie et sa place dans la chirurgie de la V.B.P.

I. - LA PLACE DU SPHINCTER D'ODDI DANS LA PHYSIOLOGIE DES VOIES BILIAIRES

Tout d'abord, qu'est-ce que le sphincter d'Oddi et quel est son rôle dans la dynamique des voies biliaires et dans la pathologie de la voie biliaire principale ?

Si l'anatomie topographique des voies biliaires extra-hépatiques est bien connue depuis longtemps, il n'en est pas de même de l'anatomo-histologie de leur terminaison au niveau de la jonction cholédoco-pancréatico-duodénale. De nombreux auteurs se sont attachés à l'étude de ce carrefour, impliqué dans la pathologie biliaire et pancréatique.

LE SYSTEME SPHINCTERIEN

Chez l'homme, le cholédoque et le Wirsung s'abouchent tous deux dans le duodénum, le plus souvent à la partie moyenne de sa deuxième partie, en un confluent commun : l'ampoule de Vater.

Ce confluent se fait sous la forme d'un canal commun plus ou moins long (25 fois dans les dissections de Rettori) [11, 13], soit par une juxtaposition des voies biliaire et pancréatique en canon de fusil (16 fois, Rettori). Exceptionnellement (1 fois) les deux canaux se jetaient séparément dans le cholédoque.

Cet ensemble pénètre dans le duodénum au travers d'une fenêtre ouverte dans la paroi musculaire de celui-ci. Ce trajet oblique intramural, de un centimètre de longueur en moyenne, a une importance sur laquelle l'accord des auteurs ne s'est pas fait :

Caroli [4] lui assigne un rôle primordial ;

Hendrickson décrit des fibres musculaires duodénales qui viennent cravater le cholédoque ;

Rettori et Palpamitiade trouvent celles-ci très grêles et pensent qu'elles n'ont aucune utilité.

La pratique de la sphinctérotomie, qui sectionne à coup sûr les éléments musculaires duodénaux, a montré qu'un jeu sphinctérien pouvait persister (cf. plus loin : spasmes oddiens après sphinctérotomie). Il semble donc que ce soient ces derniers auteurs qui aient vu juste.

Pour Rettori, le système sphinctérien de l'Oddi est facilement dissociable du duodénum et comprend trois éléments :

— Le sphincter propre du cholédoque, s'étendant sur 20 millimètres de hauteur, débordant en haut le mur duodénal de 3 à 4 millimètres. C'est le plus puissant du système oddien.

— Le sphincter du Wirsung, nettement moins étendu (1 millimètres environ), paraît aussi beaucoup moins puissant.

Au niveau de la jonction cholédoco-wirsungienne se constitue un nœud musculaire provenant de la confluence des fibres de ces deux sphincters. Il est prolongé par un éperon muqueux dont le développement plus ou moins important contribue à diminuer ou à supprimer le canal commun.

— Le sphincter commun occupe le sommet de la papille. Il circonscrit le canal commun ou la partie terminale des deux canaux restés distincts. Il se confond en haut avec les sphincters cholédocien et wirsungien, et se prolonge en bas avec la musculaire muqueuse de la paroi duodénale.

On peut individualiser un petit sphincter au niveau de l'orifice de la papille, le pylorulus de Westphall, responsable de l'aspect en « phymosis » fréquemment rencontré.

Cette description est conforme à celles qui avaient été données par Boyden, Negri [10], Léger et Lataste.

Des variations individuelles existent quant à l'anatomie de ce carrefour cholédoco-pancréatico-duodénal. Certaines sont bien connues :

— Le niveau de l'abouchement dans le duodénum, qui peut se faire dans n'importe quelle région, du premier duodénum à l'angle duodéno-jéjunal. Albot et Kapandji ont décrit une pathologie née de ces variations et des rapports de la papille avec les sphincters duodénaux [1, 18, 35].

— L'existence d'un point faible sus-ampullaire, amorce des diverticules para-vatériens qui peuvent retentir sur le fonctionnement oddien [51].

La présence ou l'absence du « Common Channel » des Anglo-Saxons.

Un point mérite d'être précisé : l'étendue en hauteur du sphincter cholédocien, étudié sur de trop petits nombres, qui semble jouer un rôle primordial dans la pathologie oddienne et dans les suites de sphinctérotomie :

soit qu'il remonte très haut sur le cholédoque : absence de reflux et parfois même spasme après sphinctérotomie,

soit qu'il soit réduit : possibilité de reflux après section oddienne.

L'anatomie permet donc de pressentir la pathologie. Mais l'étude du fonctionnement et du rôle de ce système sphinctérien

va montrer son importance, encore discutée, puisque certains n'hésitent pas à sectionner un sphincter sain, le jugeant inutile après cholécystectomie.

LE FONCTIONNEMENT DU SPHINCTER D'ODDI

Le fonctionnement du sphincter d'Oddi était jusqu'à présent mal connu, car les moyens d'étude *in vivo* manquaient. Seules des hypothèses pouvaient être émises. Citons en particulier celle, ingénieuse, de Westphal, qui divise le sphincter d'Oddi en « un antre », la portion duodénale située immédiatement avant et dans l'épaisseur de la paroi duodénale, et un « pylore », petit anneau sphinctérien à l'extrémité de la papille. Ces deux parties seraient soumises à des innervations différentes : la portion duodénale se contractant sous l'influence du vague et paralysée par le sympathique, les réponses étant inversées au niveau du « pylore ». Il se produirait ainsi un mouvement de « traite » au niveau du bas cholédoque.

Ces premiers travaux voulaient faire du sphincter d'Oddi autre chose qu'une simple soupape, fermant la voie biliaire dans l'intervalle des digestions, ce qui permet à la vésicule de se remplir, et s'ouvrant lorsque le chyme arrive dans le duodénum.

Les recherches récentes permises par la radiomanométrie biliaire [26, 54], la débitmétrie [48, 56] et la kinésimétrie [46], enfin l'adaptation du radiocinéma [25] et de l'amplificateur de brillance [27, 41] ont pu préciser le fonctionnement du bas cholédoque.

La notion du péristaltisme propre de la voie biliaire principale, introduite par Mirizzi [8, 9] s'est étendue et affirmée.

La radiomanométrie a permis de décrire une pression intra-cholédocienne de base, une pression de passage dans le duodénum (pression d'ouverture du sphincter d'Oddi), une pression résiduelle (pression de fermeture de la papille).

La débitmétrie (Roux, Debray, Stalport et Nicolas) a montré qu'en plus des variations rythmiques respiratoires, existaient des ondes dues au péristaltisme de la voie biliaire principale, et d'autres dues aux chasses oddiennes.

La kinésimétrie (Poilleux) a visualisé mieux cette activité rythmique du sphincter d'Oddi, qui se fait à la fréquence de trois environ par minute.

Enfin le *radiocinéma* a permis à Montaldo de montrer la danse de la papille [43].

Delattre (thèse Paris) a précisé que le jeu fonctionnel de l'Oddi est variable selon le point d'implantation de la papille

duodénale. Ceci est en accord avec les travaux de KAPANDJI mettant en exergue le rôle des sphincters duodénaux [1, 35].

Tous ces éléments paraissent attribuer au sphincter d'Oddi un rôle autrement important que celui de simple soupape, en lui donnant une autonomie propre.

MALLET Guy estime que ce rôle est avant tout de *protection hépatique* et s'élève avec véhémence contre les partisans de la sphinctérotomie quasi-systématique.

On est donc revenu à une conception donnant au sphincter d'Oddi et à la voie biliaire principale un rôle actif dans la chasse biliaire, action rythmique soumise à l'influence de nombreux facteurs.

CES FACTEURS qui agissent sur le sphincter d'Oddi ont été l'objet d'études innombrables.

— Nous ne ferons que rappeler brièvement l'action des principales substances chimiques qui ont été expérimentées par un grand nombre d'auteurs depuis les recherches fondamentales de IVY et GOLDMANN [5].

Nous savons que la morphine et l'histamine provoquent une hypertonie oddienne, d'où l'interdiction de ces drogues dans les suites opératoires des malades biliaires.

Nous ne rappellerons que les produits couramment utilisés dans l'exploration des voies biliaires ou dans les suites opératoires :

la Succinylcholique,
le bromure de tétra éthylammonium,
les théophyllines et aminophyllines,
le nitrite d'amyle,
la myoplégine [54],

qui ont tous pour actions principales de faire céder l'hypertonie oddienne.

— Nous nous étendons un peu plus sur les facteurs nerveux.

Les travaux d'anatomo-physiologie ont montré que les voies biliaires possèdent une double innervation :

— innervation extrinsèque provenant de deux sources, sympathique et para-sympathique. Leurs fibres se terminent, étroitement mêlées, dans l'appareil péricellulaire intramural, qui embrasse les cellules ganglionnaires ;

- innervation intrinsèque, dont les points de départ sont les cellules ganglionnaires intramurales.

L'action des nerfs extrinsèques est à peu près précisée :

— Le splanchnique droit a une action inhibitrice sur la contraction vésiculaire, le péristaltisme vésiculaire et cholé-

docien. Ce tonus inhibiteur est cependant faible. Son action sur le sphincter d'Oddi est plus complexe et plus mal connue : son excitation semble entraîner chez l'animal une contraction du sphincter de la papille avec, probablement, suppression du péristaltisme de la partie supérieure du sphincter. Sa section donne des résultats variables, parfois franchement hypertonisante.

— Le vague paraît être le nerf moteur des voies biliaires. Une excitation faible entraîne un relâchement du sphincter, une excitation forte provoque un spasme.

L'infiltration anesthésique ou la section du vague entraîne une hypotonie biliaire [14].

Ce système nerveux est un des facteurs principaux de la pathologie oddienne.

— des lésions de l'étage sus-mésocolique de l'abdomen peuvent se répercuter sur le bas cholédoque. En particulier les lésions vésiculaires qui sont à l'origine de dyskinésies contemporaines ou postérieures [15, 17, 19, 24].

— des stimuli corticaux peuvent en outre réagir sur le sphincter. Le rôle du psychisme est déterminant [48, 53].

On peut admettre une pathogénie psycho-somatique de l'oddite primitive, d'abord spasmodique et fugace, mais dont la répétition entraîne des lésions irréversibles (Mallet Guy).

Le système nerveux intramural autonome peut aussi subir le retentissement d'une lésion de voisinage (lithiase, diverticules paravatériens [51], kyste hydatique rompu dans les voies biliaires [33]).

En fait, si de grands progrès ont été faits dans la connaissance du fonctionnement des voies biliaires extra-hépatiques, il persiste encore un certain nombre d'inconnues. L'extension importante qu'a prise la sphinctérotomie dans la chirurgie biliaire a peut-être des dangers. Seule l'étude des résultats éloignés permettra de juger de son innocuité.

II. - LA PLACE DU SPHINCTER D'ODDI DANS LA PATHOLOGIE DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE

Situé à l'abouchement des voies biliaires dans le duodénum, en relations nerveuses étroites avec les autres éléments de la région sous-hépatique, avec le système nerveux végétatif sous-diaphragmatique et, par lui, avec les centres nerveux supérieurs, le sphincter d'Oddi présente des lésions relativement fréquentes et de type varié.

Nous ne parlerons pas des phénomènes d'hypotonie sphinctérienne qui sortent du cadre de cette étude. Mais tous les intermédiaires peuvent se voir du spasme oddien fugace à la sclérose totale de la papille.

ETIOLOGIE DES ODDITES

Les lésions d' « oddite » peuvent être primitives ou secondaires.

L'oddite primitive

Etudiées par Caroli qui a créé le terme de papillite ictérigène primitive [23, 27], les oddites primitives ont fait l'objet de nombreux travaux, en particulier de l'école marseillaise (Sarles H.) [52]. Elles s'intègrent dans le vaste cadre des dyskinésies biliaires [19], souvent sur un terrain neuro-végétatif instable, favorisé par un psychisme inquiet.

H. Sarles [53], Quarti, Renaud et Chatelin [48] ont étudié les facteurs nerveux centraux au cours des dystonies biliaires. Elles évoluent progressivement d'un stade d'hypertonie labile, cédant aux antispasmodiques, à un stade de sclérose fixée.

Il est probable que la fréquence des spasmes finit par entraîner une contracture permanente, cause de lésions histologiques évoluant vers la sclérose (Mallet Guy).

Cette théorie de l'origine psychogène étant admise, il apparaît qu'un traitement médical antispasmodique et tranquillisant parviendra à améliorer beaucoup de malades, le traitement du terrain psychopathique entraînant la guérison.

Mais au stade de sclérose sphinctérienne, le traitement devient chirurgical, sans négliger la thérapeutique du terrain.

Les oddites secondaires

La lithiase entraîne souvent, par l'inflammation des tuniques des voies biliaires, une réaction oddienne.

Ainsi une lithiase vésiculaire pourra, par inter-réactions nerveuses, provoquer une oddite [15, 17], c'est en particulier l'explication du classique syndrome post-cholécystectomie.

Une lithiase cholédocienne, lésant la muqueuse cholédocienne, enflammant les tuniques, irritant les nerfs péricholédociens, retentit fréquemment sur le sphincter d'Oddi.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Elle a été étudiée par Mallet Guy et Féroldi [39], Roux et Vayre [50] et d'innombrables auteurs.

— Ceux-ci sont d'accord sur les lésions rencontrées. Celles-ci tendent toutes à obstruer ou à rétrécir la lumière papillaire. Elles évoluent en un stade inflammatoire avec œdème, hyperplasie glandulo-kystique, hypertrophie musculaire.

Dans un deuxième stade (papillite scléro-rétractile de Del Valle) les lésions de sclérose rétractile s'installent progressivement, interdisant au sphincter tout rôle fonctionnel.

— Mais le désaccord persiste en ce qui concerne la réversibilité des lésions.

La papillite scléro-rétractile est définitive et seule la sphinctérotomie en viendra à bout.

Mais les lésions d'œdème, d'hyperplasie glandulaire ?

Goinard affirme que la moindre atteinte oddienne évolue fatalement vers la sclérose.

Ce n'est pas l'avis de Mirizzi, de Mialaret et Edelmann, qui affirment que les lésions non organisées régressent constamment.

L'étude des observations que nous possédons permet de conclure à la *réversibilité des lésions :* de nombreuses oddites ont été traitées et guéries par un simple drainage externe associé à la suppression de l'épine irritative, cause de l'hypertonie sphinctérienne (moignon cystique enflammé, calculs du cholédoque...).

Ce chapitre ne saurait être complet sans rappeler l'importance primordiale de la radiomanométrie per-opératoire. Simple ou combinée avec le radiocinéma ou télévision, elle seule permet de déterminer si la papille est saine ou malade, avec un maximum de vérité.

L'opacification des voies biliaires montrera les images classiques :

— dilatation du cholédoque et des voies biliaires intra-hépatiques,
— effilement terminal avec arrêt net, rectangulaire ou en bec de flûte, du produit opaque,
— gros plis longitudinaux papillaires signant l'œdème muqueux.

Mais seule l'épreuve manométrique permettra d'affirmer l'obstacle oddien :

— augmentation de la pression de passage dans le duodénum,

— augmentation de la pression résiduelle.

Voici posé le problème oddien dans la lithiase biliaire. Il existe, est encore mal connu, quoique très étudié. Voyons l'intervention que l'on propose pour le résoudre : la sphinctérotomie.

III. - LA SPHINCTÉROTOMIE ET SA PLACE DANS LA CHIRURGIE DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE

LES SECTIONS DU SPHINCTER D'ODDI

Cette intervention vise à sectionner plus ou moins complètement les anneaux musculaires de la terminaison des voies biliaires. Nous n'étudions ici que les sphinctérotomies d'indication biliaire, les affections pancréatiques étant un sujet différent.

Les techniques utilisées.

L'accord des chirurgiens n'est pas parfait. Le principe demeure, mais les moyens d'y parvenir sont très variés.

Les particularités des différentes techniques se font jour sur trois points :

la voie d'abord,
la section du sphincter,
la conduite à tenir vis-à-vis de la voie biliaire principale.

La voie d'abord

Deux voies étaient possibles : on les a utilisées avec des fortunes diverses, on les a associées.

— *La voie haute :* utilisée par Doubilet dans une proportion non négligeable de cas : par une cholédocotomie susduodénale un cathéter spécial est introduit et manié de façon à sectionner la partie supérieure du sphincter.

Voie aveugle, dangereuse, la section est difficilement contrôlable.

— *La voie basse :* recommandée par Lahey et Cattel, qui repèrent la papille après ouverture du duodénum et pratiquent la section par cathétérisme rétrograde.

L'intérêt est d'éviter l'ouverture de la voie biliaire principale, encore que, malgré les affirmations de Goinard, il semble difficile de débarrasser par cette voie un cholédoque de ses calculs : ceux-ci n'ont déjà que trop tendance à remonter dans les canaux biliaires.

Les inconvénients sont importants :

— Difficulté de repérage de la papille : des artifices ont été décrits :
— injection dans le cholédoque de bleu de méthylène, qu'on voit sourdre à la papille,

- introduction par le cystique d'un mince cathéter permettant de localiser la papille,
- nécessité d'une large duodénotomie longitudinale exposant à la fistule,
  à la sténose,
- enfin, impossibilité du cathétérisme rétrograde d'une papille scléreuse.

Enfin, les difficultés qu'on peut rencontrer peuvent entraîner des manipulations traumatisantes sur cette région particulièrement sensible.

Cette voie est cependant utile lorsqu'il s'agit d'un calcul enclavé dans l'ampoule de Vater, qui la fait bomber dans le duodénum et rend impossible ou dangereux le cathétérisme par voie haute de la voie biliaire principale.

— *La voie combinée :* comporte un cathétérisme par une cholédocotomie, ou une hépaticotomie (Hepp), permettant de repérer la papille et de faire une duodénotomie transversale à minima sur l'extrémité du cathéter. C'est cette voie qui est adoptée par la majorité des auteurs.

L'inconvénient minime d'une ouverture du cholédoque (en admettant que celle-ci ne soit pas un avantage) est compensé par la sécurité apportée par une étroite duodénotomie facilement et sûrement suturable.

C'est la voie combinée qui a toujours été adoptée dans la série que nous étudions.

Un dernier point : certains auteurs (Barraya, Goinard) [60, 69] pratiquent un large décollement duodéno-pancréatique étendu. Cette manœuvre n'a jamais été pratiquée dans cette série : elle est le plus souvent inutile, et en cas de besoin une simple incision du feuillet péritonéal au bord externe du duodénum suffit. Le décollement est peut-être, dans certains cas, nuisible : on connaît la richesse de l'innervation de cette région et les dangers des épanchements de bile et de sang même minimes dans ces décollements péritonéaux (Roux et Arsac [91]).

Section de la papille

La papille une fois fixée :

— soit sur un cathéter dont de multiples types ont été décrits, les plus commodes étant la canule de Lasala et le tire-papille de Hepp ;

— soit par deux fils tracteurs ;

- soit entre les doigts du chirurgien maintenant un calcul enclavé dans l'ampoule ;

plusieurs questions vont se poser :

— Où faire la sphinctérotomie ?
— Doit-on sectionner la papille ou en réséquer une partie ?
— Jusqu'où doit remonter la section ?
— Enfin, faut-il pratiquer une sphinctéroplastie ?

Le siège de la section oddienne.

Les avis de tous les chirurgiens concordent : la sphinctérotomie doit être pratiquée au « midi » de la papille. La section du sphincter n'est pas hémorragique (1 seul cas : hématémèse en fin d'intervention : obs. 189).

Section ou résection de la papille ?

Les auteurs n'attachent pas une grande importance à ce détail : si L. Léger et Goinard sont partisans de la résection cunéiforme au sphinctérotome, de nombreux chirurgiens se contentent d'une simple section, avec des résultats identiques.

Hepp a présenté à l'Académie de Chirurgie une pince spéciale (de Mouchet) pour résection de la papille.

Il convient de noter cependant l'intérêt pronostique possible de la résection cunéiforme qui permet l'étude histologique du fragment de sphincter.

L'étendue de la section (fig. 1).

Les incertitudes de l'anatomie (il n'existe pas d'étude de la hauteur du sphincter cholédocien sur un nombre suffisant de sujets), l'impossibilité de fixer la limite entre le sphincter commun et le sphincter cholédocien, les opinions divergentes des auteurs ont entraîné de nombreuses discussions.

Aux tenants de la sphinctérotomie « totale » (Audouin, Goinard) [57, 70] se sont opposés ceux de la papillo-sphinctérotomie « mesurée » (Barraya) [102].

De nombreuses appréciations de l'étendue de la section ont été données : 2 centimètres (Longuet) [84], calibre d'une sonde de 7 à 9 millimètres (Barraya), de l'olive de la canule de Lasala. Certains se contentent dans quelques cas de la section du phymosis papillaire.

Les sphinctérotomies pratiquées dans la série que nous étudions ont toutes été faites au moyen de la canule de Lasala, montée avec une olive de 15 millimètres. Il s'agit donc de sections larges, s'étendant en hauteur sur environ un centimètre et demi. Cependant, nous avons observé chez trois ou quatre malades des pressions et des images de spasme oddien à la radiomanométrie de contrôle, hypertonie qui a cédé à un traitement médical et à la prolongation du drainage externe.

Ceci vient à l'appui des incertitudes qui entourent ce

problème : section très étendue et risque de reflux, ou section limitée et parfois insuffisante.

Il est possible que la section du sphincter cholédocien ne soit presque jamais totale, les rares cas de section complète étant à l'origine des phénomènes de reflux (bien ou mal toléré). Les variations individuelles expliqueraient les résultats parfois contradictoires.

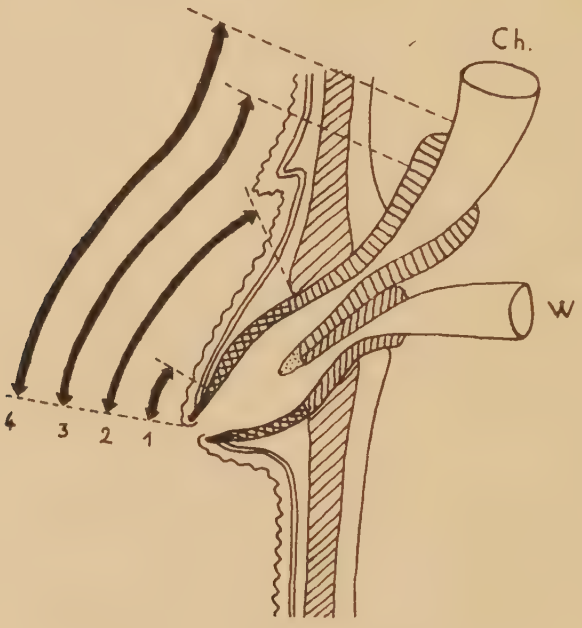


Fig. 1. — *Les sections oddiennes :*

1. - Simple section du pylorulus (abord de certains calculs de l'ampoule) ;
2. - Papillo-sphinctérotomie « mesurée » de Barraya ;
3. - Sphinctérotomie large : une portion du sphincter cholédocien demeure non sectionnée ;
4. - Sphinctérotomie large : la voie biliaire est béante, une plastie est nécessaire.

En fait, les variations individuelles de développement en hauteur du sphincter propre du cholédoque peuvent faire en sorte qu'une section de type 3 le supprime entièrement, ou que la sphinctérotomie de type 4 laisse persister un jeu sphinctérien.

Sphinctérotomie ou sphinctéroplastie ?

Les partisans de la sphinctérotomie totale large pratiquent nécessairement une sphinctéroplastie, l'incision dépassant le mur duodénal. Les autres chirurgiens laissent les berges de la section libres sans aucun inconvénient. Ils pensent (Hepp, Soupault) que l'œdème consécutif à toute suture peut être cause d'incidents, que la présence de corps étrangers peut être l'amorce

de petits noyaux de sclérose, que la plastie entraîne un allongement inutile de l'acte opératoire.

Une seule plastie a été effectuée dans la série que nous étudions.

Le drainage de la voie biliaire principale

La sphinctérotomie constitue en quelque sorte un drainage interne, mais à condition qu'elle ait sectionné entièrement le sphincter ou que la portion restante du sphincter cholédocien soit saine. Il est évident que si la papillotomie n'implique pas forcément la suture primitive du cholédoque, elle en multiplie les indications.

Les cas que nous étudions ont presque tous eu un drainage externe, même après sphinctérotomie. Ceci pour plusieurs raisons :

— le génie évolutif particulier de certains sphincters qui, même sectionnés, continuent à se spasmer ;
— les risques, toujours possibles, d'œdème ;
— la possibilité de contrôle post-opératoire ;
— l'inocuité de ce drainage : aucun trouble dû au drainage externe n'a été observé, même chez des malades âgés. La sphinctérotomie réduit d'ailleurs l'écoulement de bile, n'entraînant qu'une faible déperdition biliaire facilement compensée.

Le drainage trans-papillaire de Champeau a perdu beaucoup d'indications et est même condamné par la plupart des auteurs. On l'a même accusé, après sphinctérotomie, de provoquer des pancréatites aiguës. Dubourg l'a vu être cause de récidive lithiasique après sphinctérotomie. Son action traumatisante sur l'appareil sphinctérien ne paraît pas douteuse. Enfin, il ne permet pas de suivre radiologiquement l'évolution des oddites. Mais un petit drain de Kehr ou un drain trans-cystique représente une sécurité.

Nous voyons donc qu'en dehors de la papillotomie, voie d'abord pour les calculs enclavés de l'ampoule, qui est faite à la demande, il n'y a pas une, mais des sphinctérotomies. On peut difficilement comparer la large anastomose cholédoco-duodénale de la sphinctéroplastie totale à la discrète papillotomie mesurée.

La technique qui a été utilisée dans les observations étudiées est univoque : abord combiné sans grand décollement duodénal, duodénotomie transversale à minima, section du sphincter sur la grosse olive de la canule de Lasala, fermeture du duodénum en un seul plan, au fil non résorbable (3 à 4 points séparés suffisent dans la majorité des cas) ; drainage de Kehr presque toujours.

La notion soulignée par tous les auteurs est l'importance de la douceur et de la précision des gestes : chirurgie atraumatique et discipline vasculaire, telles sont les règles qui dominent la chirurgie biliaire.

LA PLACE DE LA SPHINCTEROTOMIE DANS LA CHIRURGIE DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE

C'est un problème d'actualité. D'ardentes polémiques ont été engagées récemment à l'Académie de Chirurgie. En effet, si la sphinctérotomie est utilisée en Amérique latine depuis Del For Del Valle (1926), elle n'a conquis les chirurgiens français que récemment. Jusque là le drainage externe était en faveur en France.

Mais actuellement, elle est un des problèmes les plus controversés : Barraya [58, 59, 60], Goinard [68 à 73], la pratiquent presque dans tous les cas de lithiase cholédocienne, Mirizzi, Mallet Guy [85], ne l'utilisent que rarement. Entre ces deux extrêmes se place une majorité de chirurgiens (Champeau [65], Henry [76], Hepp [79, 80], Lamy et Michotey [82], Soupault [97, 98, 99], plus éclectiques, qui sérient les indications, mais ont actuellement tendance à les multiplier.

Dans la série étudiée, nous verrons que la proportion des malades sphinctérotomisés a fortement augmenté au cours des dernières années.

En fait il convient de distinguer trois types de sphinctérotomies :

1° *La papillotomie — voie d'abord*, la plus anciennement pratiquée (Mac Burney) et qui prend actuellement une importance croissante.

2° *La sphinctérotomie pour affection oddienne* (Del For Del Valle) qui s'est développée récemment et qu'on a voulu opposer aux autres techniques chirurgicales.

3° *La sphinctérotomie de « commodité »* (Goinard), pratiquée souvent en complément d'une suture primitive du cholédoque.

La papillotomie - voie d'abord

La papillotomie de nécessité est pratiquée depuis longtemps : un calcul enclavé dans l'ampoule de Vater ne peut souvent être enlevé que par voie transduodénale.

La papillotomie de sécurité voit actuellement multiplier ses indications :

— un calcul intramural du bas cholédoque, inclus dans la muqueuse ou dans un petit diverticule ne sera souvent pas senti par le cathéter explorateur, échappera aux recherches du chirurgien qui palpe un noyau de pancréatite réactionnelle ;

— un calcul mou cholédocien pourra être effrité lors de son extraction et de minuscules fragments constituer l'amorce de la récidive ;

— la présence de boue biliaire dans la voie biliaire principale, impossible à extraire en totalité, laissera insatisfait l'opérateur qui ferme sur un simple drain de Kehr ;

— un empierrement du cholédoque ne sera évacué complètement que par un « lavage » minutieux et efficace.

Il s'agit dans ces cas de sphinctérotomies incomplètes laissant une partie du sphincter cholédocien intacte (papillo-sphinctérotomie mesurée de Barraya [102]).

L'expérience de Hepp atteste l'augmentation de fréquence de la papillotomie de sécurité : mieux vaut sectionner le sphincter et être sûr de la vacuité du cholédoque, que s'obstiner par des manœuvres intracholédociennes traumatiques et souvent dangereuses, à « ramoner » une voie biliaire enflammée, en s'exposant à laisser un calcul ou à créer l'amorce d'une récidive.

Il faut naturellement être sûr que la section d'un système sphinctérien, offrant une sécurité satisfaisante dans les suites immédiates, ne présente pas de dangers plus grands dans les suites éloignées. Seule l'étude de résultats à long terme sur de grands nombres permettra de conclure.

La sphinctérotomie - traitement d'une affection oddienne

Nous n'entrerons pas dans le détail des discussions qui se sont élevées sur la sphinctérotomie pour oddite primitive. Cette affection entre dans le domaine de dystonies biliaires et doit être replacée dans son contexte neurovégétatif et psychique.

Lorsque la chirurgie est indiquée, la tactique varie suivant les auteurs et suivant le stade des lésions.

— Une simple hypertonie oddienne sensible aux agents pharmaco-dynamiques est souvent justiciable d'une intervention fonctionnelle (Mallet Guy).

— Une atteinte organique de la papille, une sclérose totale, nécessite souvent une sphinctérotomie large sur un sphincter qui n'a plus qu'un rôle nuisible.

L'indication d'une anastomose bilio-digestive sur anse exclue pourra d'ailleurs être envisagée, car chez ces neuro-toniques est souvent associée une hyperkinésie duodénale, cause possible de reflux post-sphinctérotomie mal supporté (Albot, Kapandji [20]).

La SPHINCTÉROTOMIE POUR ODDITE SECONDAIRE à une lithiase vésiculaire ou cholédocienne.

MIRIZZI ne la pratique qu'exceptionnellement, les hypertonies oddiennes étant réversibles dès que disparaît la lésion qui leur a donné naissance.

GOINARD la pratique systématiquement, les lésions oddiennes lui paraissant presque toutes irréversibles.

L'expérience montre que des chiffres de manométrie élevés lors de l'intervention, diminuent rapidement après traitement de la lithiase et drainage externe, excepté naturellement lorsque l'oddite est organisée.

La sphinctérotomie - drainage interne

Véritable intervention « de commodité » permettant sans risque la fermeture primitive du cholédoque.

LORTAT-JACOB, MALLET GUY et bien d'autres pensent qu'il est plus dangereux pour l'avenir du malade de sectionner un sphincter sain que de laisser 15 jours un drain de KEHR.

Parmi les observations que nous avons, cette dernière indication n'a jamais été posée ; les trois observations de spasme oddien après sphinctérotomie large montrent d'ailleurs que cette attitude peut parfois n'être pas sans risques.

On a voulu opposer la sphinctérotomie aux techniques classiques, drainage externe et anastomose bilio-digestive.

— Le DRAINAGE EXTERNE a subi de nombreuses attaques. On lui a reproché de provoquer une déperdition importante, à l'origine de graves désordres humoraux. Aucun malade de notre série n'a présenté de tels troubles. Il favorise la fistule biliaire, a-t-on dit ; dans ce cas, c'est qu'il reste un obstacle organique du bas cholédoque. Traumatisme du cholédoque ? Alors pourquoi le placer lorsque les parois de celui-ci sont en mauvais état ? Enfin la durée d'hospitalisation n'est, le plus souvent, que peu augmentée, puisque le drain est enlevé le quinzième jour après un contrôle radiomanométrique. Les reproches adressés au drainage externe sont donc surtout basés sur des contre-indications.

— Les ANASTOMOSES BILIO-DIGESTIVES sont de deux sortes : les dérivations cholédoco-duodénales, dont MIRIZZI est le défenseur, semblent, à de nombreux auteurs, grevées de trop de reflux mal toléré.

Les anastomoses sur anse exclue ne se compliquent jamais de reflux, mais nécessitent des manœuvres plus longues et plus choquantes.

Il n'y a, nous le verrons au chapitre suivant, aucune

opposition entre ces trois méthodes : elles se complètent et forment un arsenal thérapeutique toujours suffisant.

En conclusion, il est intéressant de voir les pourcentages approximatifs de sphinctérotomies pratiquées par différents auteurs.

	Nombre de cas	Nombre de sphinctérotomies	Pourcentage de sphinctérotomies
Mirizzi			♯ 0 %
Mallet Guy	335	42	12 %
Audouin	128	31	24 %
Soupault	383	107	30 %
Hepp	356	152	42 %
Goinard	63	47	75 %
Barraya	114	101	87 %

De 0 à 87 % ! nous voyons donc que la place de la sphinctérotomie dans la chirurgie de la voie biliaire principale est encore mal définie. Nous allons étudier quelles ont été ses indications dans la série d'observations que nous possédons.

B

Le Matériel d'Étude

I. — Les observations.

II. — Les constatations opératoires.

III. — Les indications posées.

I. — LES OBSERVATIONS

237 malades ont subi 251 interventions. Nous avons séparé ceux qui ont subi un drainage externe, une sphinctérotomie, une suture primitive ou une anastomose.

Les malades opérés plusieurs fois sont classés avec le groupe représentant la première intervention qu'ils ont subie. Nous rappellerons le numéro de leur observation lors de chaque type d'intervention qui a dû être pratiquée sur eux.

Sur les 251 interventions, on relève :

142 drainages externes,

73 sphinctérotomies,

6 sutures primitives isolées (2 étant associées à une sphinctérotomie),

30 anastomoses.

1° MALADES AYANT SUBI UN DRAINAGE EXTERNE

142 drainages externes ont été pratiqués sur 141 malades.

Voici leurs observations :

OBSERVATION 1 :

Mme Ape... Plusieurs crises douloureuses avec ictère.

Intervention le 30-7-1949 : vésicule bourrée de calculs ; cholédoque un peu dilaté. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 2 :

Mme Ros... Crises douloureuses, sub-ictère.

Intervention le 28-1-1950 : vésicule scléro-atrophique exclue, cholédoque comme le pouce : deux calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 3 :

Mme Bou... Plusieurs crises douloureuses avec ictère.

Intervention le 23-5-1950 : vésicule bourrée de calculs, cholédoque un peu dilaté. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Décédée le onzième jour (?).

OBSERVATION 4 :

M. Asc..., 65 ans. Ictère chronique.

Intervention le 25-5-1950 : vésicule lithiasique, cholédoque du diamètre d'une anse grêle contenant un gros calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 5 :

Mme Rev..., 60 ans. Plusieurs crises douloureuses avec ictère.

Intervention le 5-9-1950 : vésicule lithiasique ; plusieurs calculs dans le cholédoque. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 6 :

Mme Sor... Douleurs, sub-ictère, fièvre.

Intervention le 14-12-1950 : vésicule lithiasique, cholédoque dilaté. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 7 :

M. G..., 65 ans. Ictère.

Intervention en mars 1951 : vésicule scléro-atrophique, cholédoque contenant de nombreux petits calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Suites simples. Perdu de vue.

OBSERVATION 8 :

M. Bel... Ictère fébrile.

Intervention le 7-4-1951 : vésicule exclue, cholédoque dilaté. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Résultat parfait. Décédé d'autre cause (hypertension, artériosclérose) en avril 1959.

OBSERVATION 9 :

M. Val... Crises douloureuses

Intervention le 21-6-1951 : vésicule scléro-atrophique, cholédoque comme l'index, à parois très épaissies, contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Décédé le 12me jour.

OBSERVATION 10 :

Sr Agn... Ictère.

Intervention le 30-10-1951 : vésicule exclue, cholédoque un peu dilaté. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Décédée le 23me jour.

OBSERVATION 11 :

Mme Cas..., 55 ans. Sub-ictère, douleurs.

Intervention le 8-1-1952 : vésicule scléro-atrophique, cholédoque dilaté. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 12 :

Mme Har..., 55 ans. Ictère.

Intervention le 21-2-1952 : vésicule exclue, bourrée de calculs, cholédoque dilaté. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites : écoulement abondant de bile par le drain. La radiomanométrie de contrôle montre un calcul de l'ampoule de Vater. Les crises douloureuses reprennent mais cèdent rapidement. Va actuellement très bien.

OBSERVATION 13 :

Mme Mou..., 50 ans. Crises douloureuses, sub-ictère fébrile.

Intervention le 31-5-1952 : vésicule lithiasique, un calcul du cholédoque. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 14 :

Mme Can..., 60 ans. Crises douloureuses fébriles avec sub-ictère.

Intervention le 21-6-1952 : vésicule lithiasique infectée, cholédoque comme l'index contenant un gros calcul et plusieurs petits. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 15 :

M. All... Ictère.

Intervention le 24-6-1952 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant un gros calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Résultat parfait. Décédé en octobre 1959 (ictus et pneumopathie).

OBSERVATION 16 :

Mme Del..., 39 ans. Crises douloureuses.

Intervention le 16-9-1952 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant de nombreux calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 17 :

Mme Imp... Crises douloureuses, ictère.

Intervention le 16-9-1952 : vésicule lithiasique, cholédoque dilaté, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 18 :

Mme Pie..., 62 ans. Dyspepsie, nausées.

Intervention le 25-9-1952 : vésicule lithiasique, un calcul enclavé dans l'ampoule de Vater. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction facile du calcul, drain de Kehr.

Suites : épanchement bilieux sous-hépatique qui nécessite un drainage. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 19 :

Mlle Pel..., 60 ans. Crises douloureuses, ictère.

Intervention le 8-11-1952 : vésicule lithiasique, cholédoque dilaté : oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites : écoulement abondant par le drain. Radiomanométrie : oddite.

Réintervention le 23-12-1952 : sphinctérotomie transduodénale, drain de Champeau.

Suites simples, mais des crises douloureuses motivent une :

Réintervention le 12-10-1954 : cholédoque comme le pouce, avec deux calculs. Hépatico-jéjunostomie sur anse en Y.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 20 :

Mme Est..., 65 ans. Crises douloureuses, ictère, très mauvais état général.

Intervention le 9-1-1953 : vésicule lithiasique, cholédoque enflammé, dilaté, contenant plusieurs calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Décédée un mois et demi après (complications cardio-pulmonaires, escarres...).

OBSERVATION 21 :

P... Mex.., 58 ans. Ictère.

Intervention le 7-2-1953 : vésicule scléro-atrophique, cholédoque dilaté contenant un gros calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie et extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Perdu de vue.

OBSERVATION 22 :

Mme Gat... Douleurs, sub-ictère.

Intervention le 12-2-1953 : vésicule lithiasique, cholédoque dilaté contenant de nombreux calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Décédée le 33me jour de complications cardio-pulmonaires.

OBSERVATION 23 :

Mme Der... Dyspepsie.

Intervention le 21-2-1953 , vésicule lithiasique, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 24 :

Mlle Bru..., 72 ans. Ictère.

Intervention le 18-6-1953 : vésicule exclue, cholédoque de la dimension d'une anse grêle contenant deux calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Champeau.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 25 :

M. Fab..., 67 ans. Déjà cholécystectomisé pour lithiase. Reprise des douleurs.

Intervention le 18-9-1953 : cholédoque dilaté, d'où l'on extrait plusieurs calculs et une douve. Drain de Kehr trans-cystique.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 26 :

Mme Par... Douleurs, ictère fébrile.

Intervention le 13-10-1953 : vésicule lithiasique, cholédoque dilaté. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 27.

M. Dom..., 62 ans. Ictère douloureux fébrile à rechute. Déjà cholécystectomisé pour lithiase.

Intervention le 17-10-1953 : cholédoque dilaté contenant un calcul, oddite. Cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Champeau.

Suites simples Etat actuel parfait.

OBSERVATION 28 :

Mme Due..., 65 ans. Crises douloureuses.

Intervention le 24-11-1953 : vésicule lithiasique, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Décédée (?).

OBSERVATION 29 :

Mme Bl..., 45 ans. Crises douloureuses. Déjà cholécystectomisée pour lithiase en 1952.

Intervention le 12-12-1953 : cholédoque dilaté, oddite. Cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites : reprise des douleurs, vomissements fréquents (cirrhose cholostatique). Etat actuel parfait.

OBSERVATION 30 :

Mme Hes..., 66 ans. Ictère chronique.

Intervention le 12-2-1954 : vésicule scléro-atrophique, cholédoque comme le pouce contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 31 :

Mme Can..., 68 ans. Cholécystectomisée pour cholécystite aiguë le 21-7-1953. Souffre.

Intervention le 18-3-1954 : un calcul de l'ampoule de Vater. Cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 32 :

Mme Gin..., 50 ans. Crises douloureuses avec ictère.

Intervention le 27-4-1954 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant un calcul, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Champeau.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 33 :

Mme Abb..., 65 ans. Crises douloureuses.

Intervention le 13-5-1954 : vésicule scléro-atrophique, cholédoque comme le pouce, contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 34 :

Mme Bil..., 64 ans. Douleurs.

Intervention le 21-5-1954 : vésicule lithiasique exclue, cholédoque dilaté. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Résultat parfait en 1959.

OBSERVATION 35 :

Mme Gre..., 47 ans.

Intervention le 8-6-1954 : vésicule lithiasique exclue, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Champeau.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 36 :

Mme Bia..., 63 ans. Crises douloureuses.

Intervention le 17-6-1954 : vésicule scléro-atrophique, cholédoque comme le pouce, contenant quatre calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 37 :

Mme Cay..., 63 ans. Crises douloureuses fébriles.

Intervention le 19-6-1954 : vésicule exclue, cholédoque normal contenant un petit calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 38 :

Mme Lom..., 72 ans. Ictère chronique. Déjà cholécystectomisée.

Intervention le 10-7-1954 : dilatation sacciforme du cholédoque contenant un très gros calcul. Cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 39 :

M. Leg... Ictère.

Intervention le 19-8-1954 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant plusieurs calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATIONS 40 :

Mme Sic..., 63 ans. Douleurs.

Intervention le 16-9-1954 : grosse vésicule lithiasique, cholédoque comme le pouce contenant deux calculs (olives), diverticules de l'A.D.J. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr, résection du diverticule.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 41 :

Mme Fan..., 59 ans. Ictère.

Intervention le 20-9-1954 : vésicule exclue, cholédoque dilaté contenant de la boue biliaire. Cholécystectomie, cholédocotomie, lavage du cholédoque, drain de Kehr.

Suites simples, mais l'ictère régresse lentement. Etat actuel très satisfaisant.

OBSERVATION 42 :

Mme Mat... Douleurs, sub-ictère.

Intervention le 20-10-1954 : vésicule lithiasique ; cholédoque dilaté contenant plusieurs calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 43 :

Mme Def..., 75 ans. Cholécystite aiguë.

Intervention le 22-10-1954 : présence de bile dans le péritoine, vésicule sphacélée, cholédoque comme le pouce contenant deux calculs, dont un enclavé. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 44 :

Mme Rom..., 45 ans. Crises douloureuses.

Intervention le 30-10-1954 : vésicule lithiasique, cholédoque dilaté, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples.

Recommence à souffrir six mois après, avec frisson et ictère. Les crises douloureuses augmentent de fréquence en 1957. La malade subit une *réintervention* (sphinctérotomie) dans une autre ville. Etat actuel satisfaisant.

OBSERVATION 45 :

Mme Rou..., 65 ans. Douleurs, sub-ictère.

Intervention le 28-4-1955 : vésicule lithiasique, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Continue à souffrir, avec quelques vomissements. Etat actuel cependant assez bon.

OBSERVATION 46 :

Mme Mor..., 75 ans. Crises douloureuses fébriles avec ictère.

Intervention le 2-12-1954 : vésicule exclue, cholédoque dilaté contenant deux gros calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 47.

Mme X... Cholécystite aiguë.

Intervention le 9-12-1954 : vésicule exclue, cholédoque dilaté : pas de calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 48 :

Mme Ben..., 75 ans. Plusieurs crises douloureuses, sub-ictère.

Intervention le 9-12-1954 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 49 :

Mre J. C..., 50 ans. Douleurs. Déjà cholécystectomisée.

Interventon le 16-12-1954 : cholédoque dilaté, oddite. Cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 50 :

Mme Moc..., 48 ans. Douleurs, frissons, sub-ictère.

Intervention le 23-12-1954 : vésicule exclue, cholédoque inflammatoire, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites : syncope cardiaque (?), guérison. Perdue de vue.

OBSERVATION 51 :

Mme And..., 59 ans. Crises douloureuses.

Intervention le 28-12-1954 : vésicule lithiasique, cholédoque comme l'index contenant un calcul comme une noisette, enclavé. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites : hémorragie par la plaie. Contrôle radiomanométrique normal.

Le 22-7-1958 : frisson, fièvre, ictère.

Réintervention le 13-9-1958 : cholédoque comme l'index contenant deux calculs. Cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 52 :

Mme Ell..., 59 ans. Crises douloureuses, ictère. Déjà cholécystectomisée.

Intervention le 18-1-1955 : moignon cystique atrophié, un petit calcul dans le cholédoque. Cholédocotomie : on ne retrouve pas le calcul, drain de Kehr.

Suites simples, contrôle radiomanométrique normal. Perdue de vue.

OBSERVATION 53 :

M. Mao..., 50 ans. Crises douloureuses fébriles, sub-ictère.

Intervention le 20-1-1955 : vésicule lithiasique, gros cholédoque contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites : fuite biliaire à côté du drain nécessitant une contre-incision postérieure.

Allait bien un an après. Perdu de vue depuis 1956.

OBSERVATION 54 :

M. Ber..., 38 ans. Douleurs, ictère fugace.

Intervention le 27-1-1955 : vésicule scléro-atrophique exclue, cholédoque contenant huit à dix calculs mous, parois cholédociennes épaissies. Cholécystectomie, cholédocotomie, vidange du cholédoque, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel très bon. Le malade présente des céphalées fréquentes.

OBSERVATION 55 :

M. Ben..., 26 ans. Douleurs, sub-ictère.

Intervention le 12-2-1955 : vésicule exclue, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Recommence à souffrir six mois après.

Réintervention en juin 1957 : oddite. Sphinctérotomie trans-duodénale, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 56 :

Mme Mus..., 43 ans. Ictère chronique.

Intervention le 4-3-1955 : vésicule scléro-atrophique, cholédoque contenant plusieurs calculs, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs. drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 57 :

Mme Bai..., 40 ans. Cholécystite aiguë.

Intervention le 12-3-1955 : vésicule aubergine, empierrement du cholédoque. Cholécystectomie, cholédocotomie, vidange cholédocienne, drain de Kehr.

Suites : fistule biliaire.

Réintervention le 28-4-1955 : on trouve encore une vingtaine de calculs dans le cholédoque. Hépatico-jéjunostomie sur anse en Y.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 58 :

Mme Agn..., 60 ans. Crises douloureuses fébriles, ictère.

Intervention le 13-3-1955 : vésicule exclue, cholédoque contenant trois calculs mous. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 59 :

Mme Dav..., 58 ans. Crises douloureuses, ictère.

Intervention le 2-4-1955 : vésicule lithiasique, gros cholédoque comprimé par un kyste hydatique, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Décédée le 5me jour : hyperthermie (?).

OBSERVATION 60 :

Pre Imh..., 37 ans. Cholécystite refroidie.

Intervention le 14-4-1955 : vésicule enflammée, cysticite, gros cholédoque avec oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Perdu de vue.

OBSERVATION 61 :

Mme Raf..., 51 ans. Douleurs.

Intervention le 16-4-1955 : vésicule lithiasique, cholédoque dilaté, oddite Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Peu d'amélioration. En 1957 : cholédoque dilaté à la cholangiographie. Perdue de vue depuis.

OBSERVATION 62 :

Mme Ort..., 45 ans. Nombreuses crises douloureuses. Un ictère fébrile.

Intervention le 23-4-1955 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel très bon.

OBSERVATION 63 :

Mme Gra..., 67 ans. Ictère chronique.

Intervention le 5-5-1955 : vésicule lithiasique, cholédoque dilaté contenant

un calcul, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Décédée brutalement le 8me jour (embolie pulmonaire ou infarctus du myocarde).

OBSERVATION 64 :

Mme Bla..., 53 ans. Crises douloureuses ; ictères fugaces. Déjà cholécystectomisée.

Intervention le 6-5-1955 : cholédoque comme l'index, oddite. Cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 65 :

Mme Ses..., 53 ans. Douleurs, sub-ictère. Déjà cholécystectomisée.

Intervention le 12-5-1955 : un petit calcul du cholédoque. Cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Présente quelques douleurs. Etat assez satisfaisant.

OBSERVATION 66 :

M. Jar..., 63 ans. Ictère chronique. Malade obèse.

Intervention le 14-5-1955 : vésicule scléro-atrophique, cholédoque contenant cinq calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Suites délicates : une poussée d'angiocholite sans lendemain. Perdu de vue.

OBSERVATION 67 :

Mme Bus..., 59 ans. Douleurs, ictère fugace.

Intervention le 7-6-1955 : vésicule lithiasique, cholédoque comme l'index, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kher.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 68 :

Mme Gui..., 67 ans. Crises douloureuses fébriles avec ictère. Troubles psychiques.

Intervention le 9-6-1955 : vésicule exclue, cholédoque comme le pouce contenant trois calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Suites : infarctus pulmonaire. Dès octobre 1955, douleurs diffuses.

Réintervention le 22-3-1960 : oddite. Sphinctérotomie trans-duodénale, drain de Kehr.

Suites : pneumopathie, anémie. Continue à souffrir.

OBSERVATION 69 :

Mme Ber.... 48 ans. Plusieurs crises douloureuses avec ictère.

Intervention le 17-9-1955 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant trois calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 70 :

Mme Pau.., 53 ans. Douleurs et ictères fugaces.

Intervention le 29-9-1955 : vésicule scléro-atrophique, cholédoque contenant

un petit calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 71 :

Mme de N..., 47 ans. Douleurs et sub-ictère. Déjà cholécystectomisée.

Intervention le 11-10-1955 : cholédoque dilaté, oddite. Cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 72 :

Mme Lab..., 52 ans. Cholécystite aiguë.

Intervention le 22-10-1955 : vésicule aubergine, cholédoque dilaté. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Contrôle radiomanométrique : légère oddite. Etat actuel parfait, mais colite.

OBSERVATION 73 :

Mme Con..., 58 ans. Crises douloureuses avec ictères fébriles.

Intervention le 16-11-1955 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant plusieurs calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction de calculs, drain de Kehr.

Suites simples. Une crise douloureuse en 1957. Etat actuel satisfaisant, allergie alimentaire.

OBSERVATION 74 :

M. Bel..., 61 ans. Ictère.

Intervention le 24-11-1958 : vésicule exclue, cholédoque un peu dilaté contenant quatre calculs, dont un enclavé. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Décédé le 44me jour par embolie pulmonaire massive.

OBSERVATION 75 :

Mme Mat..., 60 ans. Douleur, ictère fébrile.

Intervention le 7-12-1955 : vésicule lithiasique ; cholédoque comme l'index contenant un calcul, deux diverticules para-vatériens. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 76 :

M. Fab..., 49 ans. Douleurs et ictère fugace.

Intervention le 17-12-1955 : vésicule lithiasique, cholédoque dilaté contenant un calcul, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Perdu de vue.

OBSERVATION 77 :

Mme Ber..., 45 ans. Quelques crises douloureuses, sub-ictère.

Intervention le 21-1-1955 : vésicule exclue purulente, cholédoque un peu dilaté, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Psychopathe grave, mais continue à souffrir. Gros cholédoque à la cholangiographie.

OBSERVATION 78 :

Mme Sca..., 56 ans. Crises douloureuses fébriles avec ictère.

Intervention le 21-1-1956 : vésicule lithiasique, cholédoque dilaté bourré de calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Suites simples. La radiomanométrie de contrôle montre un cholédoque libre. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 79 :

M. Vid..., 77 ans. Crises douloureuses, ictère.

Intervention le 16-2-1956 : vésicule lithiasique, cholédoque dilaté, nombreux calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 80 :

Mme Car..., 52 ans. Crises douloureuses avec sub-ictère.

Intervention le 1-3-1956 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant deux petits calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie : on ne retrouve pas les calculs ; drain de Kehr.

Suites simples. Contrôle radiomanométrique normal. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 81 :

Mme Mal..., 45 ans. Crises douloureuses fébriles avec ictère.

Intervention le 2-3-1956 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie : on ne retrouve pas le calcul ; drain de Kehr.

Suites simples. Contrôle radiomanométrique normal. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 82 :

Mme Mil..., 51 ans. Sub-ictère, douleurs.

Intervention le 30-5-1956 : vésicule lithiasique, cholédoque dilaté contenant un petit calcul. Cholécystite, cholédocotomie : calcul non retrouvé ; drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel satisfaisant (rares pesanteurs dans l'hypochondre droit).

OBSERVATION 83 :

M. Ger..., 42 ans. Ictère chronique.

Intervention le 5-6-1956 : vésicule lithiasique, cholédoque dilaté : un calcul passe dans le duodénum après la radiomanométrie. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 84 :

M. Tra..., 50 ans. Crises douloureuses fébriles avec ictère.

Intervention le 16-6-1956 : vésicule lithiasique, cholédoque comme l'index contenant plusieurs calculs, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 85 :

Mme Rou..., 34 ans. Douleurs.

Intervention le 19-6-1956 : vésicule lithiasique, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 86 :

Mme Nog... Cholécystite aiguë.

Intervention le 17-7-1956 : vésicule perforée, bouchée ; abcès péri-vésiculaire ; cholédoque comme le pouce, contenant une douzaine de calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, vidange cholédocienne, drain de Kehr.

Suites : hémorragie par le drain et la plaie, hyperazotémie (2 g), guérison. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 87 :

Mme Del..., 70 ans. Ictère depuis trois mois.

Intervention le 28-9-1956 : vésicule lithiasique, cholédoque comme le pouce contenant un gros calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 88 :

Mme Dio..., 65 ans. Douleurs avec ictères fébriles fugaces.

Intervention le 29-9-1956 : vésicule lithiasique, cholédoque dilaté contenant quatre calculs et deux douves. Cholécystectomie, cholédocotomie, vidange du cholédoque, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 89 :

Mme Gir..., 50 ans. Crises douloureuses.

Intervention le 11-12-1956 : vésicule lithiasique, cholédoque dilaté contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 90 :

Mme Cai..., 70 ans. Sub-ictère. Déjà cholécystectomisée.

Intervention le 4-6-1957 : cholédoque contenant un calcul. Cholédocotomie : le calcul sort spontanément ; drain de Kehr.

Suites simples. Résultat satisfaisant : léger endolorissement de l'hypochondre droit après des écarts de régime. Par ailleurs, la malade est hypochondriaque et présente une coxarthrose très douloureuse.

OBSERVATION 91 :

M. Ver..., 50 ans. Douleurs, ictère.

Intervention le 6-6-1957 : vésicule scléro-atrophique, cholédoque contenant un petit calcul sus-ampullaire. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 92 :

Mme Mas..., 68 ans. Crises douloureuses.

Intervention le 6-7-1957 : vésicule lithiasique, cholédoque comme le pouce contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 93 :

Mme Reb..., 68 ans. Déjà cholécystectomisée.

Intervention le 6-7-1957 : cholédoque comme le pouce contenant deux cal-

culs ; moignon vésiculaire fistulisé dans le duodénum. Cholédocotomie, extraction des calculs, fermeture de la fistule bilio-digestive, drain de Kehr.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 94 :

Mme Bon..., 65 ans. Crises douloureuses avec ictère.

Intervention le 3-8-1957 : vésicule scléro-atrophique, cholédoque comme l'index contenant une quinzaine de calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, vidange cholédocienne, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 95 :

Mme Gou..., 77 ans. Angiocholite, très mauvais état général.

Intervention le 29-10-1957 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant un gros calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Décédée le 5me jour : anurie, hyper-azotémie, parotidite bilatérale.

OBSERVATION 96 :

Mme Cha..., 67 ans. Douleurs, ictère. Déja cholécystectomisée.

Intervention le 30-11-1957 : gros cholédoque contenant un gros calcul. Cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 97 :

Mme Pou..., 68 ans. Douleurs, ictère. Déjà cholécystectomisée.

Intervention le 9-11-1957 : vésicule scléro-atrophique exclue, cholédoque dilaté, oddite légère. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait. A été opérée en juillet 1959 d'une tumeur du sigmoïde.

OBSERVATION 98 :

M. San..., 60 ans. Douleurs, fièvre, ictère fugace.

Intervention le 3-12-1957 : vésicule scléro-atrophique, cholédoque dilaté contenant un calcul de la taille d'une olive. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 99 :

Mme Duv..., 74 ans. Crises douloureuses avec ictère.

Intervention le 17-12-1957 : vésicule lithiasique, cholédoque comme le pouce contenant un gros calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Décédée le 36me jour dans le marasme : hyper-azotémie, insuffisance cardio-respiratoire.

OBSERVATION 100 :

Mme Zun..., 69 ans.

Intervention le 25-1-1958 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 101 :

Mme Auf..., 50 ans. Douleurs. Déjà cholécystectomisée et drainée (R.M. ?).

Intervention le 8-2-1958 : un calcul unique du bas cholédoque. Cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 102 :

M. Lau..., 67 ans. Cholécystite aiguë.

Intervention le 7-4-1958 : vésicule gangrénée, cholédoque contenant plusieurs petits calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Décédé le 16me jour : anurie, hyper-azotémie.

OBSERVATION 103 :

Mme Mac..., 53 ans. Crises douloureuses fébriles avec ictère.

Intervention le 7-5-1958 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant un petit calcul, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 104 :

Mme Dev...

Intervention le 10-5-1958 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 105 :

Mme Gui..., 75 ans. Douleurs avec sub-ictère.

Intervention le 10-5-1958 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant un calcul comme une noisette. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel bon. A présenté une légère crise douloureuse en juin 1960.

OBSERVATION 106 :

Mme Gin..., 34 ans. Douleurs, un épisode ictérique.

Intervention le 13-6-1958 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant trois calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Suites : encombrement pulmonaire sans gravité. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 107 :

Mme Far..., 43 ans. Crises très douloureuses, ictère passager.

Intervention le 18-6-1958 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Une crise douloureuse en novembre 1958. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 108 :

Mme Lan..., 55 ans. A présenté plusieurs crises de cholécystite aiguë. Thoracoplastie pour tuberculose en 1937.

Intervention le 8-7-1958 : vésicule lithiasique, cholédoque très dilaté contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites : petites hémorragies par l'orifice de drainage sous-hépatique. Etat actuel assez bon : quelques douleurs, céphalées et nausées ; nette amélioration cependant.

OBSERVATION 109 :

Mme Cor..., 65 ans. Douleurs, ictères fugaces.

Intervention le 6-9-1958 : vésicule scléro-atrophique, fistule cholécysto-duodénale, cholédoque normal. Cholécystectomie, fermeture de la fistule, cholédocotomie et drain de Kehr de sécurité.

Suites : pneumopathie. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 110 :

Mme Pet..., 70 ans. Crises douloureuses avec ictère.

Intervention le 6-9-1958 : vésicule scléro-atrophique, cholédoque contenant un gros calcul, un calcul dans le canal hépatique droit. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 111 :

M. Lan..., 57 ans. Douleurs, malade présentant un bloc de branche droit.

Intervention le 27-9-1958 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant un petit calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 112 :

Mme Dup..., 74 ans. Crises douloureuses avec sub-ictère.

Intervention le 1-10-1958 : vésicule lithiasique, gros cholédoque contenant un gros calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 113 :

M. Cou..., 50 ans.

Intervention en octobre 1958 : vésicule lithiasique, sténose inflammatoire du cholédoque. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat très bon. Dyspepsie non biliaire.

OBSERVATION 114 :

M. Gia..., 45 ans. Ictère chronique fébrile.

Intervention le 6-12-1958 : vésicule distendue, réaction pancréatique, reflux wirsungien, arrêt net en cupule dans le bas cholédoque. Cholécystectomie, cholédocotomie : muqueuse épaissie, on ne retrouve pas le calcul ; sphinctérotomie trans-duodénale, drain de Kehr.

Suites : écoulement abondant (700 cc/24 h.) de bile par le drain. Contrôle radiomanométrique : calcul restant du cholédoque.

Réintervention le 27-12-1958 : pancréas plus souple, un calcul du cholédoque. Cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 115 :

Mme Mor..., 60 ans. Douleurs, sub-ictère.

Intervention le 9-12-1958 : vésicule scléro-atrophique, cholédoque dilaté. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites : écoulement de bile pendant quatre jours après l'ablation du drain (contrôle R.M. normal). Etat actuel parfait.

OBSERVATION 116 :

Mme Fau... 63 ans. Dyspepsie.

Intervention le 10-12-1958 : vésicule lithiasique adhérente à la voie biliaire principale. Cholécystectomie difficile, drain de Kehr de sécurité.

Suites : phlébite membre inférieur gauche. Perdue de vue.

OBSERVATION 117 :

Mme Pel..., 28 ans. Crises douloureuses sub-intrantes.

Intervention le 29-1-1959 : hydrocholécyste et dilatation cholédocienne importante par calcul (noisette) enclavé dans la voie biliaire principale. Cholécystectomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel bon, mais phénomènes d'allergie digestive en cours de traitement.

OBSERVATION 118 :

M. Gui..., 40 ans. Crises douloureuses fébriles et ictère.

Intervention le 4-2-1959 : vésicule lithiasique, cholédoque très dilaté contenant un calcul (olive) à sa partie basse. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul fragmenté, lavage du cholédoque, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 119 :

M. Deg..., 74 ans. Crises douloureuses, ictère.

Intervention le 17-2-1959 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites difficiles : sub-occlusion, adynamie, hypoprothrombinémie. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 120 :

Mme Fer..., 50 ans. Douleurs.

Intervention le 18-2-1959 : vésicule lithiasique, petit calcul du bas cholédoque. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 121 :

Mme Gau..., 65 ans. Crises douloureuses. Un ictère passager.

Intervention le 21-2-1959 : vésicule lithiasique, gros cholédoque sans calcul ni oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 122 :

M. Aba..., 53 ans. Crises douloureuses, ictère progressif. Bronchite chronique.

Intervention le 25-2-1959 : vésicule lithiasique, gros cholédoque contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites : début de delirium avec accentuation de l'ictère, hyper-azotémie... Guérison. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 123 :

Mme Vit..., 58 ans. Crises douloureuses avec ictère.

Intervention le 21-2-1959 : vésicule lithiasique, gros cholédoque contenant un gros calcul, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 124 :

Mme Fra..., 65 ans. Douleurs.

Intervention le 3-3-1959 : vésicule lithiasique ; la radiomanométrie montre un léger rétrécissement au niveau de la papille (calcul ?). Cholécystectomie, cholédocotomie, exploration et lavage du cholédoque, drain de Kehr.

Décédée le 4me jour (broncho-pneumonie).

OBSERVATION 125 :

Mme Gio..., 48 ans. Crises douloureuses.

Intervention le 11-3-1959 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant trois calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 126 :

Mme Tol..., 65 ans. Dyspepsie.

Intervention le 24-6-1959 : vésicule lithiasique, gros cholédoque. Cholécystectomie, cholédocotomie, exploration du cholédoque, drain de Kehr.

Suites : pneumopathie, stomatite, début de phlébite. Actuellement état satisfaisant, gastrite ancienne.

OBSERVATION 127 :

Mme Gau..., 52 ans. Crises douloureuses avec ictère.

Intervention le 28-8-1959 : vésicule scléro-atrophique, cholédoque dilaté contenant un petit calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Oddite à la R.M. de contrôle ; drainage prolongé d'une dizaine de jours. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 128 :

Mme Mar..., 65 ans. Douleurs et sub-ictère. Déjà cholécystectomisée.

Intervention le 27-11-1957 : moignon cystique contenant trois à quatre petits calculs, gros cholédoque ; ablation du cystique, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 129 :

Mme Con..., 62 ans. Cholécystite aiguë.

Intervention le 28-9-1959 : vésicule lithiasique, gros cholédoque contenant de petits calculs, pancréatite chronique en poussée aiguë. Cholécystectomie, cholédocotomie, vidange du cholédoque, drain de Kehr.

Suites : hyperglycémie discrète, début de phlébite. A présenté pendant trois mois des douleurs de type pancréatique qui ont disparu. Actuellement parfait état.

OBSERVATION 130 :

M. Bru..., 50 ans. Douleurs. Déjà cholécystectomisé.

Intervention le 16-10-1959 : gros moignon vésiculaire, cholédoque contenant un calcul. Exérèse du moignon cystique, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 131 :

Mme Tav..., 51 ans. Crises douloureuses fébriles, ictère. Obèse, mauvais état cardiaque.

Intervention le 17-11-1959 : vésicule lithiasique, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites : phlébite, infarctus pulmonaire. Actuellement, continue à souffrir. La cholangiographie montre une dilatation cholédocienne sans calcul.

OBSERVATION 132 :

M. Bar..., 75 ans. Plusieurs crises douloureuses avec ictère.

Intervention le 10-12-1959 : vésicule lithiasique, gros cholédoque contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 133 :

Mme Dah..., 65 ans. Nombreuses crises douloureuses, sub-ictère.

Intervention le 12-1-1960 : vésicule lithiasique, gros cholédoque sans calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 134 :

Mme Col..., 47 ans. Crises douloureuses avec ictère. Asthme grave.

Intervention le 19-1-1960 : vésicule exclue, lithiasique, gros cholédoque, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites : plusieurs crises d'asthme. Actuellement, présente de vagues douleurs de l'hypochondre droit et des céphalées.

OBSERVATION 135 :

M. Bon..., 63 ans. Crises douloureuses avec ictère.

Intervention le 25-1-1960 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 136 :

M. Cod..., 70 ans. Ictère chronique. Mauvais état général.

Intervention le 12-2-1960 : vésicule scléro-atrophique, cholédoque dilaté, contenant un calcul, pancréas fibreux. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites : hyper-azotémie. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 137 :

Mme Mar..., 60 ans. Douleurs et ictère. Déjà cholécystectomisée il y a douze ans.

Intervention le 17-2-1960 : cholédoque dilaté, oddite. Cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel satisfaisant, rhumatismes importants.

OBSERVATION 138 :

Mme Per..., 80 ans. Crises douloureuses, frisson, fièvre.

Intervention le 22-3-1960 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant deux calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 139 :

Mme Maz..., 66 ans. Dyspepsie, douleurs.

Intervention le 27-5-1960 : vésicule lithiasique, cholédoque dilaté contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 140 :

Mme Bau...

Intervention le 8-6-1960 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, drain de Kehr.

Suites simples.

OBSERVATION 141 :

Mme Lam..., 59 ans. Crises douloureuses fébriles.

Intervention le 12-7-1960 : vésicule lithiasique, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites : écoulement de bile abondant, asthénie, anorexie.

2° MALADES AYANT SUBI UNE SPHINCTÉROTOMIE

73 sphinctérotomies ont été pratiquées. Voici leurs observations résumées :

OBSERVATION 142 :

Mlle Gau..., 57 ans. Déjà cholécystectomisée.

Intervention le 27-11-1951 : cholédoque dilaté ne contenant pas de calcul, pancréas dur comprimant le cholédoque. Cholédocoduodénostomie.

Suites : angiocholite, douleurs motivant une :

Réintervention le 10-4-1953 : cholédoque sans calcul. Libération de l'anastomose, fermeture du duodénum, sphinctérotomie trans-duodénale, drain de Champeau.

Suites : hémorragie pariétale. Six mois après la reprise des douleurs, des signes d'angiocholite réapparaissent.

Réintervention le 10-12-1954 : section de la voie biliaire au-dessous de la cholédocotomie antérieure, ligature du bout inférieur et anastomose cholédoco-jéjunale termino-terminale sur anse exclue en Y.

Suites : fistule, hypoprotidémie et troubles métaboliques entrainant la mort le 16me jour.

OBSERVATION 143 :

Sr Pau..., 45 ans. Crises douloureuses. Cholécystectomisée en 1947.

Intervention le 19-1-1954 : cholédoque comme le pouce, contenant un calcul (pois-chiche), oddite. Cholédocotomie, extraction du calcul, sphinctérotomie trans-duodénale, drain de Champeau.

Suites : infarctus pulmonaire. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 144 :

Mme Bar..., 51 ans. Crises douloureuses violentes, frissons, sub-ictères. Cholécystectomisée en 1951.

Intervention le 4-3-1954 : cholédoque dilaté, oddite sténosante. Cholédocotomie, sphinctérotomie trans-duodénale, drain de Champeau.

Suites : complications pulmonaires, pleurésie purulente. Phlébite bilatérale. Traitement anticoagulant. Hémorragie. Décédée le 29me jour.

OBSERVATION 145 :

Mme Bou..., 63 ans. Crises douloureuses fébriles avec ictère.

Intervention le 22-7-1954 : vésicule lithiasique, cholédoque dilaté, oddite scléreuse. Cholécystectomie, cholédocotomie, sphinctérotomie trans-duodénale, drain de Kehr.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 146 :

Mme Ted..., 45 ans. Douleurs. Déjà cholécystectomisée.

Intervention le 20-11-1954 : gros moignon vésiculaire, cholédoque dilaté avec oddite. Cholédocotomie, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Décédée le 2me jour : hyperthermie maligne de type crise thyroïdienne post-opératoire.

OBSERVATION 147 :

M. Gas..., 52 ans. Crises douloureuses avec ictère. Cyclothymie grave. Déjà cholécystectomisé en 1941.

Intervention le 19-4-1955 : cholédoque contenant plusieurs calculs et de la boue, rétrécissement cicatriciel au bord supérieur du duodénum ; foie cirrhotique. Hépatico-jéjunostomie latéro-latérale sur anse exclue en Y.

Suites simples. Sub-ictère passager vers le 15me jour. Des crises douloureuses avec ictère fébrile nécessitent une :

Réintervention le 3-10-1958 : anastomose légèrement sténosée, grande quantité de calculs dans la voie biliaire principale. Reprise large de l'anastomose, calibrée par un gros drain de Kehr, duodéno-sphinctérotomie.

Suites simples. Spasme oddien au contrôle radiomanométrique pratiqué le 15me jour. Il cède à un traitement médical. Etat actuel bon, avec régime sévère. Plusieurs hospitalisations pour cyclothymie grave, traitée par convulsivo-thérapie.

OBSERVATION 148 :

Mme Gab..., 66 ans. Crises douloureuses, sub-ictère.

Intervention le 17-5-1955 : vésicule lithiasique, un calcul enclavé du cystique, rétrécissement inflammatoire de l'hépatique, oddite serrée. Cholécystectomie, cholédocotomie, sphinctérotomie trans-duodénale, drain de Kehr.

Suites simples. Au début de 1958, apparaissent des crises douloureuses fébriles. Les radiographies digestives montrent un calcul cholédocien dont le bord inférieur est dessiné par le reflux baryté dans la voie biliaire.

Réintervention le 7-6-1958 : un calcul du cholédoque. Cholédocotomie, extraction du calcul, fermeture du cholédoque.

Suites : hématome suppuré pariétal. Dès le premier mois, apparaissent des douleurs et des manifestations d'angiocholite qui entraînent une :

Réintervention le 18-8-1958 (Pr DE VERNEJOUL) : sténose du bas cholédoque. Hépatico-jéjunostomie termino-latérale sur anse exclue en Y.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 149 :

Mme d'Al... E..., 33 ans. Ictère chronique.

Intervention le 10-10-1958 ; vésicule lithiasique, scléro-atrophique, un petit

calcul du bas cholédoque qui est dilaté. Cholécystectomie, cholédocotomie extraction du calcul, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 150 :

Mme Mas..., 52 ans. Douleurs, ictères. Déjà cholécystectomisée.

Intervention le 17-1-1956 : moignon cystique volumineux, gros cholédoque contenant un gros calcul, oddite. Cholédocotomie, extraction du calcul, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites : épanchement bilieux sous-hépatique et sous-diaphragmatique par fuite de bile autour du drain, nécessitant une incision de drainage. Etat actuel satisfaisant, quelques légères crises douloureuses.

OBSERVATION 151 :

Mme Tro..., 45 ans. Douleur, sub-ictère fébrile. Déjà cholécystectomisée (avec R.M. per-opératoire).

Intervention le 16-6-1956 : cholédoque contenant de la boue biliaire, oddite sténosante. Cholédocotomie, duodéno-sphinctérotomie, drain de Champeau.

Suites : légère fuite de bile autour du drain. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 152 :

Mme Fer..., 56 ans. Douleurs avec fièvre. Déjà cholécystectomisée.

Intervention le 20-9-1956 : cholédoque contenant un calcul (olive), oddite sténosante. Cholédocotomie, extraction du calcul, duodéno-sphinctérotomie, drain de Champeau.

Suites simples. Etat actuel satisfaisant, troubles digestifs vagues.

OBSERVATION 153 :

Mme All..., 65 ans. Ictère chronique.

Intervention le 9-11-1956 : vésicule non lithiasique, mais dyskinésie cystique, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, duodéno-sphinctérotomie, drain de Champeau.

Suites simples. Présente actuellement toujours des douleurs de l'hypochondre droit, mais nette amélioration.

OBSERVATION 154 :

Mme Ham..., 58 ans. Cholécystite aiguë.

Intervention le 8-3-1957 : cholécystite aiguë, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait du point de vue biliaire, mais psychose grave ayant entraîné plusieurs hospitalisations.

OBSERVATION 155 :

M. Mus..., 66 ans. Crises douloureuses.

Intervention le 7-5-1957 : vésicule scléro-atrophique avec fistule bilio-cystique. Cholécystectomie, cholédocotomie, exploration du cholédoque, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites : la radiomanométrie de contrôle, le 25-5-1957, montre un calcul résiduel du cholédoque terminal avec dilatation des voies biliaires intra-hépatiques. Le 6-6-1957, la R.M. montre un calcul enclavé dans l'ampoule de Vater. Le malade sort, il est perdu de vue. Etat actuel parfait, le calcul ayant dû s'éliminer spontanément.

OBSERVATION 156 :

Mme Cha..., 54 ans. Douleurs depuis de nombreuses années.

Intervention le 18-6-1957 : vésicule lithiasique, empierrement du cholédoque. Cholécystectomie, cholédocotomie, vidange du cholédoque, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Reprise des douleurs en mai 1958, avec lithiase cholédocienne à la cholangiographie.

Réintervention le 21-6-1958 : calculs non retrouvés. Hépatico-jéjunostomie sur anse en Y.

Suites simples. Etat actuel satisfaisant, quelques vagues douleurs épigastriques.

OBSERVATION 157 :

Mme Pug... Douleurs. Très mauvais état.

Intervention le 23-7-1957 : vésicule scléro-atrophique, cholédoque contenant six ou sept calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples malgré les tares (insuffisance hépatique, hypertension artérielle, hémorragie méningée en 1955). Etat actuel parfait.

OBSERVATION 158 :

Mme Vin..., 73 ans. Douleurs, sub-ictère.

Intervention le 12-9-1957 : vésicule lithiasique, cholédoque comme le pouce contenant plusieurs calculs, dont un très volumineux, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 159 :

Mme Gau..., 60 ans. Ictère fébrile.

Intervention le 25-10-1957 : vésicule exclue, cholédoque dilaté contenant deux calculs, image suspecte de la papille. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 160 :

Mme Car..., 43 ans. Douleurs. Cholécystectomisée en 1938.

Intervention le 19-12-1957 : cholédoque dilaté, oddite serrée. Cholédocotomie, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Actuellement, présente des troubles digestifs et des poussées d'angiocholite.

OBSERVATION 161 :

Mme Rai..., 70 ans. Douleurs, ictère fébrile.

Intervention le 4-1-1958 : vésicule scléro-atrophique, gros cholédoque empierré. Cholécystectomie, cholédocotomie, vidange cholédocienne, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Décédée le 7me jour (insuffisance myocardique, hyperazotémie).

OBSERVATION 162 :

Mme Rig..., 52 ans.

Intervention le 28-1-1958 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie : on ne retrouve pas le calcul, mais papille de petite dimension, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples. A présenté deux crises douloureuses depuis l'intervention. La radiographie montre un effilement du cholédoque terminal malgré la sphinctérotomie, la voie biliaire étant dilatée.

OBSERVATION 163 :

Mme Pie..., 48 ans. Crises douloureuses fébriles avec ictère.

Intervention le 2-2-1958 : vésicule lithiasique enflammée, cholédoque dilaté contenant un calcul (noisette). Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites : le deuxième jour, hémorragie par le drain de Kehr, hématémèse, anémie et schok (taux de prothrombine à 40 p. 100). Drainage d'une énorme collection sanguine sous-hépatique le 13-2-1958. Guérison. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 164 :

Mme Que..., 73 ans. Dyspepsie.

Intervention le 4-2-1958 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie et drain de Kehr.

Suites : écoulement abondant de bile. La radiomanométrie de contrôle montre une oddite.

Réintervention le 8-3-1958 : dissection difficile. Duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Décédée : schock, hyper-azotémie.

OBSERVATION 165 :

Mme Del..., 66 ans. Ictère chronique.

Intervention le 15-2-1958 : vésicule lithiasique, oddite scléreuse. Cholécystectomie, cholédocotomie, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Décédée le lendemain : hyperthermie, schock.

OBSERVATION 166 :

Mme Bon..., 60 ans. Déjà cholécystectomisée.

Intervention le 6-4-1958 : oddite. Cholédocotomie, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples. A présenté, en avril 1960, une poussée d'angiocholite. Les radiographies des voies biliaires sont normales. Ulcère gastrique.

OBSERVATION 167 :

Mme Del... Ictère chronique. Très mauvais état.

Intervention le 12-4-1958 : vésicule scléro-atrophique, cholédoque contenant plusieurs calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 168 :

Mme Gan..., 63 ans. Ictère douloureux, fébrile.

Intervention le 27-5-1958 : vésicule lithiasique, gros cholédoque contenant un gros calcul, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Migraines. Vagues troubles digestifs.

OBSERVATION 169 :

Mme Guy..., 74 ans. Ictère douloureux, fébrile.

Intervention le 31-5-1958 : vésicule lithiasique, un petit calcul pré-sphincté-

rien. Cholécystectomie, cholédocotomie, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 170 :

Mme Gui..., 47 ans. Douleurs. Déjà cholécystectomisée et drainée (R.M. ?).

Intervention le 3-6-1958 : duodénum et pancréas accolés à la face inférieure du foie. La dissection ouvre un petit épanchement biliaire, en partie organisé en face d'un orifice dans le cholédoque dont les parois sont œdématiées et très épaissies ; oddite. Duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Décédée le 5me jour (pancréatite aiguë probable).

OBSERVATION 171 :

Mme Dou..., 67 ans. Crises douloureuses, puis ictère fébrile. Très mauvais état. Cholécystostomisée en juin 1958 : image suspecte de l'ampoule de Vater.

Intervention le 9-9-1958 : adhérences très hémorragiques, vésicule non lithiasique mais scléreuse, cholédoque contenant un calcul, oddite. Cholédocotomie, extraction du calcul, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites : pneumopathie. Etat actuel satisfaisant, quelques troubles digestifs.

OBSERVATION 172 :

M. le G..., 57 ans. Douleurs, ictère. Comitialité à la suite d'une intervention pour angiome cérébral.

Intervention le 27-9-1958 : vésicule lithiasique, sténose diaphragmatique en amont de l'abouchement du cystique, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 173 :

Mme Lar..., 72 ans. Ictère fébrile, douleurs.

Intervention le 25-10-1958 : vésicule lithiasique, scléro-atrophique, très gros cholédoque, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Troubles psychiques. La radiomanométrie de contrôle montre un spasme oddien. Etat actuel bon (régime strict).

OBSERVATION 174 :

Mme Nar..., 49 ans. Ictère, douleurs.

Intervention le 30-10-1958 : gros foie de cholostase, vésicule lithiasique, cholédoque contenant un calcul, pédicule hépatique noyé dans une péritonite plastique intense, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites : ictère par hépatite surajoutée. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 175 :

Mme Eus..., 50 ans. A eu un ictère douloureux fébrile. Souffre.

Intervention le 11-11-1958 : vésicule lithiasique adhérant intimement au cholédoque, celui-ci est très dilaté, oddite. Cholécystectomie : brèche dans le cholédoque, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Drain de Kehr maintenu deux mois. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 176 :

Mme Bou..., 60 ans. Cholécystectomisée d'urgence pour cholécystite aiguë en janvier 1958. Petite fistule pariétale..

Intervention le 28-11-1958 : petit abcès développé autour du fil de lin de ligature du cystique, ablation de ce fil, duodéno-sphinctérotomie de drainage.

Suites mouvementées : hypoprotidémie (49 g/l), désunion cutanée avec large décollement. Greffe libre dermo-épidermique le 10-2-1959. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 177 :

Mme Ant., 60 ans. Douleurs, ictère, fièvre.

Intervention le 6-2-1959 : vésicule très inflammatoire adhérente au duodénum, cholédoque très dilaté contenant un calcul comme un œuf de pigeon, fistule cholécysto-cholédocienne. Cholécystectomie, extraction du calcul, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr trans-cystique, réparation d'une brèche cholédocienne.

Suites : écoulement assez abondant de bile, pneumopathie, hématome pariétal. Guérison. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 178 :

Mme Nan..., 57 ans. Cholécystectomisée pour lithiase en 1950. Reprise des douleurs depuis deux ans.

Intervention le 13-2-1959 : très gros cholédoque, pas de calcul ni d'oddite, mais le bénigué ne passe pas dans le duodénum. Duodénotomie et sphinctéroplastie difficile (fausse route ?), drain de Kehr.

Suites simples. Résultat mauvais, aucune amélioration. La cholangiographie montre une dilatation cholédocienne identique.

OBSERVATION 179 :

Mme Man..., 66 ans. Douleurs.

Intervention le 11-4-1959 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant un gros calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul qui se fragmente, duodéno-sphinctérotomie, fermeture immédiate du cholédoque.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 180 :

M. Jac..., 58 ans. Douleurs, ictère chronique. Antécédents de phlébite et d'embolie pulmonaire.

Intervention le 25-4-1959 : vésicule lithiasique, pédicule très infiltré, cholédoque contenant deux calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, on ne retrouve qu'un calcul, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites : écoulement important de bile par le drain. Radiomanométrie : un calcul restant.

Réintervention le 8-5-1959 : le calcul n'est pas retrouvé. Hépatico-jéjunostomie latéro-latérale sur anse en Y.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 181 :

Mme Bob..., 64 ans. Douleurs.

Intervention le 10-6-1959 : vésicule lithiasique exclue, cholédoque peu dilaté, à parois épaissies, contenant deux calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, duodéno-sphinctérotomie de sécurité, drain de Kehr.

Suites : poussée d'hyper-azotémie. Etat actuel parfait

OBSERVATION 182 :

M. Der..., 62 ans. Ictère en janvier 1959. Cholécystectomisé en 1945.

Intervention le 20-6-1959 : cholédoque très dilaté, image suspecte du bas

cholédoque. Cholédocotomie, l'exploration ne montre pas de calcul, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites : phlébite. Le contrôle radiomanométrique du 15me jour montre une oddite importante : drainage prolongé et traitement médical. Etat actuel assez bon : vagues douleurs de l'hypochondre droit, régime sévère, psychasthénie.

OBSERVATION 183 :

Mme Tes..., 56 ans. Crises douloureuses.

Intervention le 23-6-1959 : vésicule lithiasique, obstacle total du cholédoque. Cholécystectomie, cholédocotomie, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites : épisode diarrhéique. Etat actuel satisfaisant (légères douleurs de l'hypochondre droit).

OBSERVATION 184 :

Mme Fan..., 65 ans. Crises douloureuses.

Intervention le 30-6-1959 : vésicule lithiasique fistulisée dans le premier duodénum, empierrement du cholédoque. Cholécystectomie, fermeture de la fistule bilio-digestive, vidange cholédocienne par le cystique qui est volumineux, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr trans-cystique.

Suites simples. Etat actuel bon (légères douleurs de l'hypochondre droit).

OBSERVATION 185 :

M. Gou..., 67 ans. Plusieurs ictères douloureux fébriles. Artérite membre inférieur gauche (déjà amputé jambe droite et bras gauche).

Intervention le 30-6-1959 : vésicule lithiasique, cholédoque dilaté contenant trois calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 186 :

Mme Ott., 70 ans. Douleurs. Opérée en 1954 : cholécystectomie, cholédoque bourré de calculs, cholédocotomie et drain de Kehr.

Intervention le 16-7-1959 : kyste pancréatique sous-séreux sur la face antérieure et le bord supérieur du corps, ne communiquant pas avec le wirsung, cholédoque dilaté avec oddite. Kysto-gastrostomie, cholédocotomie et duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites : une hématémèse, phlébite. Continue à souffrir de la région épigastrique.

OBSERVATION 187 :

Sr Jea..., 65 ans. Douleurs, sub-ictère fébrile.

Intervention le 31-7-1959 : vésicule lithiasique, un petit calcul du bas cholédoque. Cholécystectomie, cholédocotomie, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel assez bon : une poussée douloureuse en février 1960.

OBSERVATION 188 :

M. Sim..., 45 ans. Crises douloureuses fébriles avec ictère.

Intervention le 7-9-1959 : vésicule lithiasique, cholédoque légèrement dilaté contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites : hématome suppuré pariétal. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 189 :

Mme Esq..., 72 ans. Cholécystectomisée dans de très mauvaises conditions : fistule pendant plusieurs mois. En août 1958, mise en place d'un drain de Kehr. Apparition de fistule à l'ablation du drain, ictère et écoulement alternant pendant plusieurs mois. Malade vue en ictère angiocholitique, en très mauvais état général, avec des tests hépatiques fortement perturbés.

Intervention en septembre 1959 : bas cholédoque sténosé : aucun passage duodénal ; duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites : hémétémèse et hémorragie par le drain après l'intervention, entraînant un schok sévère. Guérison difficilement obtenue. Drain de Kehr conservé trois mois. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 190 :

Mme Pro..., 66 ans. Vertiges, céphalées, vomissements.

Intervention le 10-10-1959 : vésicule lithiasique, petite image suspecte du bas cholédoque qui est dilaté. Cholécystectomie, cholédocotomie, duodéno-sphinctérotomie, fermeture primitive du cholédoque.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 191 :

Mme Can..., 61 ans. Ictère progressif fébrile.

Intervention le 20-10-1959 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites mouvementées : hyper-azotémie, vomissements abondants, petite éviscération qui est réopérée, suppuration pariétale, escarre. Guérison. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 192 :

Mme Mar..., 55 ans. Crises douloureuses.

Intervention le 20-10-1959 : vésicule lithiasique exclue, cholédoque dilaté contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, duodéno-sphinctérotomie de sécurité, drain de Kehr.

Suites : pneumopathie. A fait, six mois après, une légère crise douloureuse. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 193 :

Mme Dan..., 63 ans. Douleurs.

Intervention le 11-11-1959 : vésicule lithiasique, petit calcul du bas cholédoque, canal cystique accessoire. Cholécystectomie, cholédocotomie, duodéno-sphinctérotomie, ligature du cystique accessoire, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 194 :

Mme Jea..., 58 ans. Fièvre sans douleur ni ictère.

Intervention le 17-11-1959 : vésicule lithiasique, un calcul du bas cholédoque. Cholécystectomie, cholédocotomie, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples, petite hémorragie par l'orifice de drainage. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 195 :

M. Arm..., 53 ans. Douleurs.

Intervention le 8-12-1959 : vésicule lithiasique, cholédoque dilaté contenant

un calcul, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr. Dragstedt pour ulcus duodénal.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 196 :

Mme Jan..., 56 ans. Douleurs, nausées, céphalées.

Intervention le 4-2-1960 : vésicule exclue lithiasique, très gros cholédoque, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples (psychasthénie). Actuellement se plaint de douleurs continues de l'hypochondre droit.

OBSERVATION 197 :

Mme Bou..., 61 ans. Crises douloureuses avec ictère et fièvre.

Intervention le 4-2-1960 : vésicule exclue, cholédoque dilaté contenant deux calculs, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 198 :

M. Gre..., 53 ans. Cholécystite aiguë.

Intervention le 26-2-1960 : vésicule lithiasique sub-aiguë, petit calcul du bas cholédoque. Cholécystectomie, cholédocotomie duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 199 :

Mme Mer..., 50 ans. Crises douloureuses fébriles, ictère.

Intervention le 9-3-1960 : vésicule lithiasique, calcul sus-vatérien. Cholécystectomie, cholédocotomie, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 200 :

Mme Ber.., 66 ans. Gastrectomie sub-totale en 1947, reprise en 1949. Dyspepsie, vomissements.

Intervention le 26-3-1960 : vésicule lithiasique, cholédoque dilaté, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites : hyper-azotémie, hypoprotidémie. Guérison.

OBSERVATION 201 :

M. Fre..., 22 ans. Crises douloureuses, sub-ictère, fièvre.

Intervention le 15-4-1960 : vésicule lithiasique, calcul enclavé de l'ampoule de Vater. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul par duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 202 :

Mme Mar..., 58 ans. Crises douloureuses.

Intervention le 6-5-1960 : on trouve les voies biliaires à gauche. Vésicule multilithiasique, cholédoque contenant un gros calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, sphinctérotomie de sécurité, drain de Kehr. (Difficultés dues à l'inversion du duodénum.)

Suites simples.

OBSERVATION 203 :

Mme Car..., 73 ans. Nombreuses crises douloureuses.

Intervention le 9-5-1960 : vésicule lithiasique, un petit calcul du bas cholédoque, oddite. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul par duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 204 :

Mme Ail..., 63 ans. Cholécystite aiguë. Déjà cholécystectomisée en 1952.

Intervention le 11-5-1960 : vésicule aubergine, cholédoque dilaté, oddite serrée. Cholécystectomie, cholédocotomie, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 205 :

M. Cio..., 50 ans. Douleurs, fièvre, sub-ictère.

Intervention le 14-5-1960 : vésicule aubergine, un gros calcul du bas cholédoque. Cholécystectomie, cholédocotomie, duodéno-sphinctérotomie pour calcul effrité, lavage du cholédoque, drain de Kehr.

Suites simples. Perdu de vue.

OBSERVATION 206 :

Mme Cam..., 73 ans. Douleurs, ictère.

Intervention le 20-5-1960 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant quatre calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, duodéno-sphinctérotomie, drain de Kehr.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 207 :

M. Mau... Douleurs.

Intervention le 14-5-1960 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, duodéno-sphinctérotomie pour calcul effrité du bas cholédoque, drain de Kehr.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 208 :

Mme Mas..., 49 ans, Douleurs.

Intervention le 5-7-1960 : vésicule lithiasique exclue, cholédoque contenant cinq calculs. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, duodéno-sphinctérotomie de sécurité, drain de Kehr.

Suites simples.

OBSERVATION 209 :

Mme Bru..., 40 ans. Douleurs, ictère.

Intervention le 7-6-1960 : vésicule lithiasique, quatre calculs du cholédoque. Cholécystectomie, cholédocotomie, drain de Kehr.

Suites : hypoprotidémie rebelle (42 g/l), fistule duodénale, qui est reprise le 28-6-1960. L'état général devient de plus en plus mauvais et, le 10-7-1960, éviscération. Décédée le même jour.

OBSERVATION 210 :

Mme Gui..., 63 ans. Douleurs.

Intervention le 28-6-1960 : microlithiase vésiculaire, petits calculs du bas

cholédoque. Cholécystectomie, cholédocotomie, duodéno-sphinctérotomie, lavage du cholédoque, drain de Kehr.

Suites simples.

A ces malades ayant subi une sphinctérotomie s'ajoutent ceux qui ont subi une section oddienne lors d'une réintervention, et dont les observations ont été données plus haut : observations 19, 55, 68, 114.

3° MALADES AYANT SUBI UNE SUTURE PRIMITIVE DE LEUR CHOLÉDOCOTOMIE

8 malades, parmi lesquels 2 après sphinctérotomie (observations 179, 190). 5 autres malades ont leurs observations résumées ci-dessous :

OBSERVATION 211 :

Mme Zaf..., 62 ans. Ictère douloureux, fébrile, intermittent.

Intervention le 8-5-1953 : vésicule lithiasique, cholédoque normal comprimé par un calcul du cystique. Cholécystectomie, cholédocotomie exploratrice, suture primitive.

Suites simples. Etat actuel bon, quelques vagues douleurs épigastriques.

OBSERVATION 212 :

Mme Din..., 47 ans. Crises douloureuses fébriles avec ictère.

Intervention le 21-10-1953 : vésicule exclue lithiasique, cholédoque contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, suture primitive.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 213 :

Mme Gia.... 70 ans. Douleurs, sub-ictère.

Intervention le 8-11-1955 : vésicule lithiasique, cholédoque contenant un gros calcul et trois petits. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction des calculs, suture primitive.

Suites simples. Léger écoulement de bile par le drain sous-hépatique pendant deux jours. Perdue de vue.

OBSERVATION 214 :

Mme Veg..., 66 ans. Douleurs, fièvre, sub-ictère. D.D.B. grave.

Intervention le 28-7-1959 : vésicule exclue lithiasique, cholédoque contenant un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, suture primitive.

Décédée le 11me jour dans un tableau de broncho-pneumonie asphyxiante, malgré la corticothérapie intensive.

OBSERVATION 215 :

Mme Mol..., 79 ans. Ictère fébrile, douloureux.

Intervention le 13-1-1960 : vésicule lithiasique, gros cholédoque contenant

un calcul. Cholécystectomie, cholédocotomie, extraction du calcul, suture primitive.

Suites simples. Etat actuel parfait.

Il convient d'ajouter la malade de l'observation 148 qui a eu une suture primitive lors d'une réintervention 3 ans après une sphinctérotomie.

4° MALADES AYANT SUBI UNE ANASTOMOSE BILIO-DIGESTIVE

29 malades ont subi 30 anastomoses bilio-digestives qui se divisent en :

— 19 cholédoco ou hépatico-duodénostomies, motivées par des lésions complexes et un état général mauvais (tares ou grand âge) ;

— 11 hépatico-jéjunostomies sur anse exclue en Y.

Voici leurs observations :

OBSERVATION 216 :

Mme Qua..., 73 ans. Crises douloureuses fébriles.

Intervention le 7-2-1952 : vésicule lithiasique, cholédoque comme l'index, contenant un calcul volumineux, pancréas œdématié. Cholécystectomie, cholédoco-duodénostomie.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 217 :

Mme Cla..., 63 ans. Crises douloureuses. Malade gastro-entérostomisée. Psychose grave.

Intervention le 5-10-1954 : vésicule lithiasique, cholédoque dilaté contenant une douzaine de calculs. Cholécystectomie, cholédoco-duodénostomie.

Suites simples. En 1956 : hospitalisation pour douleur de l'hypochondre gauche. Réintervention (Pr de Vernejoul) en avril 1956 : anastomose souple, invagination muqueuse pylorique dans le duodénum. Décédée cachectique : reflux dans l'anse afférente après gastrectomie (Pr Poinso) en août 1956.

OBSERVATION 218 :

Mme Bal..., 72 ans. Ictère depuis trois mois.

Intervention le 12-2-1955 : vésicule lithiasique, empierrement du cholédoque qui est du diamètre d'une anse grêle. Cholécystectomie, cholédoco-duodénostomie.

Décédée : éviscération.

OBSERVATION 219 :

Mme Del..., 70 ans. Douleurs, subictère.

Intervention le 9-7-1955 : vésicule scléro-atrophique, cholédoque comme une anse grêle contenant un énorme calcul, boue biliaire. Cholécystectomie, cholédoco-duodénostomie.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 220 :

Mme Val..., 77 ans. Douleurs, ictère, fièvre.

Intervention le 15-9-1955 : vésicule distendue, cholédoque dilaté contenant plusieurs calculs, oddite. Cholécystectomie, cholédoco-duodénostomie.

Décédée le 5me jour : anurie, taux de prothrombine à 175 p. 100.

OBSERVATION 221 :

Mme Oli..., 53 ans. Déjà cholécystectomisée et cholédocotomisée. Souffre, sub-ictère.

Intervention le 1-10-1955 : duodénum accolé à la face inférieure du foie, le pédicule hépatique est constitué par un bloc scléreux où on finit par mettre en évidence le col de la vésicule. La lumière cholédocienne disparaît à 1 cm au-dessus du duodénum. On extrait boue et petits calculs. Hépatico-jéjunostomie sur anse en Y.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 222 :

Mme Bra..., 77 ans. Crises douloureuses fébriles avec ictère.

Intervention le 17-12-1955 : vésicule lithiasique, cholédoque dilaté calculeux. Cholécystectomie, cholédoco-duodénostomie.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 223 :

Mme Laz..., 74 ans. Crises douloureuses avec ictère, fièvre.

Intervention le 13-3-1956 : vésicule lithiasique purulente, cholédoque comme une anse grêle, un calcul enclavé de l'ampoule de Vater. Cholécystectomie, cholédoco-duodénostomie.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 224 :

Mme Rom...,, 70 ans. Sub-ictère. Insuffisance cardiaque.

Intervention le 22-3-1956 : vésicule scléro-atrophique, cholédoque dilaté contenant trois calculs. Cholécystectomie, cholédoco-duodénostomie en raison du mauvais état général.

Suites bonnes. Etat actuel parfait. Traitée pour tumeur du sein.

OBSERVATION 225 :

Mme Str..., 50 ans. Crises douloureuses avec ictère. Déjà cholécystectomisée.

Intervention le 19-4-1957 : cholédoque très dilaté contenant un calcul. Hépatico-jéjunostomie sur anse en Y.

Suites mouvementées : hémorragies. Décédée trois semaines après.

OBSERVATION 226 :

M. Aub..., 74 ans.

Intervention le 23-11-1957 : vésicule lithiasique, cholédoque comme le pouce, bourré de calculs et de boue. Cholécystectomie, cholédoco-duodénostomie.

Suites simples. Perdu de vue.

OBSERVATION 227 :

Mme Cha..., 74 ans. Crise douloureuse fébrile.

Intervention le 10-12-1957 : vésicule très adhérente, cholédoque gros comme

le pouce, renfermant un calcul mou. Cholécystectomie, cholédoco-duodénostomie.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 228 :

Mme Nic..., 73 ans. Crises douloureuses avec ictère fugace.

Intervention le 17-12-1957 : vésicule scléro-atrophique, cholédoque dilaté contenant un gros calcul et nombreux petits. Cholécystectomie, cholédoco-duodénostomie.

Suites simples. Perdue de vue.

OBSERVATION 229 :

Mme Rey..., 68 ans. Ictère.

Intervention le 22-4-1958 : vésicule scléro-atrophique, cholédoque très dilaté contenant plusieurs gros calculs ; quelques calculs dans la branche droite de l'hépatique. Cholécystectomie, extraction des calculs, large anastomose cholédoco-duodénale.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 230 :

M. Mar..., 64 ans. Ictère.

Intervention le 30-4-1958 : fond vésiculaire ouvert dans l'épiploon, cholédoque très volumineux contenant deux gros calculs. Cholécystectomie, cholédoco-duodénostomie.

Décédée le 4me jour : schock.

OBSERVATION 231 :

Mme Vin..., 71 ans. Ictère.

Intervention le 16-10-1958 : vésicule lithiasique, obstacle cholédocien : bourgeon qui ferme presque complètement la lumière du cholédoque. Cholécystectomie, cholédoco-duodénostomie. Histologie : structure inflammatoire de caractère chronique, vraisemblablement lithiasique.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 232 :

Mme Mar..., 67 ans. Dyspepsie. Trois mois de préparation pour ischémie coronarienne antérieure avec I.V.G.

Intervention le 27-1-1959 : vésicule scléro-atrophique, fistule cholécysto-duodénale, canal cystique accessoire implanté sur le fond vésiculaire, énorme cholédoque empierré. Cholécystectomie, ligature du cystique accessoire, fermeture de la fistule duodénale, anastomose hépatico-jéjunale sur anse en Y après vidange du cholédoque.

Suites simples. A présenté, depuis, trois poussées d'angiocholite.

OBSERVATION 233 :

Mme Dem..., 75 ans. Douleurs.

Intervention le 13-6-1959 : vésicule scléro-atrophique, obstacle total du cholédoque dont les parois sont épaissies et enflammées. Cholécystectomie, cholédoco-duodénostomie.

Suites : hyper-azotémie, hyperglycémie. Etat actuel médiocre (douleurs épigastriques, diabète, gros foie).

OBSERVATION 234 :

Mme Ser..., 84 ans. Ictère.

Intervention le 24-7-1959 : vésicule lithiasique, gros cholédoque contenant deux gros calculs. Cholécystectomie, cholédoco-duodénostomie après extraction des deux calculs.

Suites simples. Etat actuel parfait.

OBSERVATION 235 :

M. Ber..., 84 ans. Douleurs, fièvre, ictère. Très mauvais état général. Parkinson. Hypertrophie prostatique. Cholangiographie : nombreux calculs cholédociens.

Intervention le 15-10-1959 : anesthésie locale, énorme cholédoque, on ne retrouve pas les calculs. Cholécystectomie, cholédoco-duodénostomie.

Décédé le 6me jour dans le marasme (oligurie, collapsus, hyper-azotémie, escarres...).

OBSERVATION 236 :

Mme Dic..., 55 ans. Cholécystite aiguë, obésité, coronarite.

Intervention le 8-12-1959 : vésicule lithiasique, empierrement du cholédoque. Cholécystectomie, cholédoco-duodénostomie.

Décédée le 4me jour : infarctus du myocarde.

OBSERVATION 237 :

Mme Bot..., 72 ans. Ictère.

Intervention le 11-7-1960 : vésicule lithiasique, empierrement du cholédoque. Cholécystectomie, cholédoco-duodénostomie termino-terminale.

Suites simples.

A ces observations s'ajoutent celles des malades opérés plusieurs fois, dont l'histoire est décrite aux paragraphes précédents :

Observations de cholédoco-duodénostomie : 142.

Observations d'hépatico-jéjunostomies : 19, 57, 142, 147, 148, 155, 180.

II. – ÉTUDES
DES CONSTATATIONS OPÉRATOIRES

Cette série homogène, représentant l'expérience d'un seul chirurgien au cours de ces dernières années, permet de retrouver les trois groupes de lésions spontanées non tumorales de la voie biliaire principale.

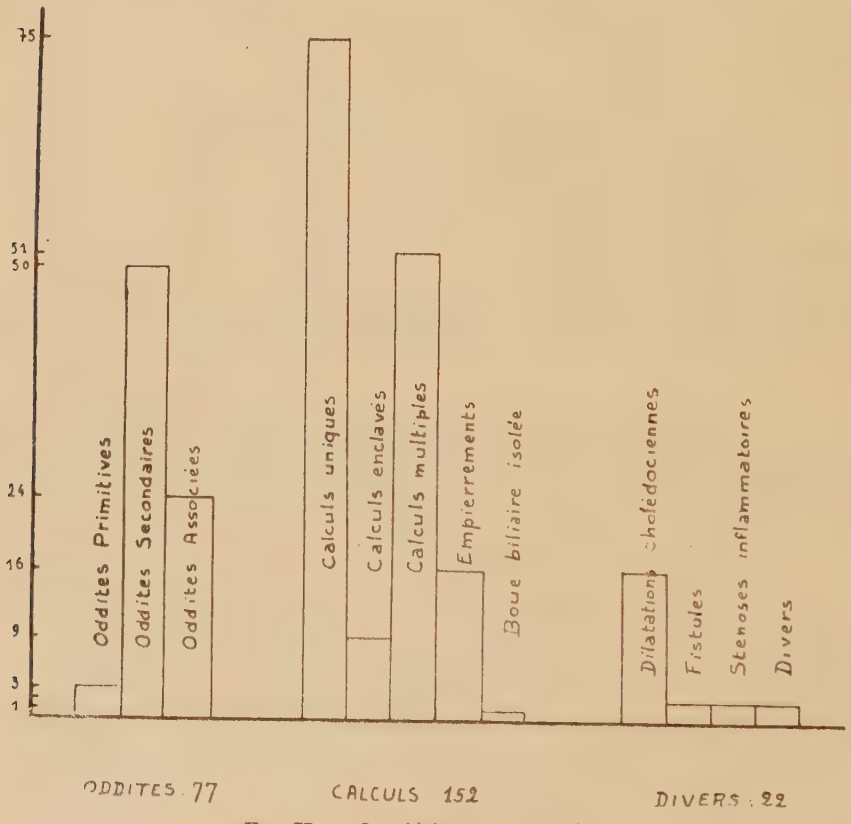


Fig. II. — Les lésions rencontrées.

LES ODDITES

Oddites primitives. — Nous n'en dénombrons que trois cas certains. Certains malades déjà cholécystectomisés l'ont peut-être été pour dyskinésie, l'absence de renseignement sur la première intervention et sur l'éventualité d'une radiomano-

métrie per-opératoire nous contraint à les classer parmi les oddites secondaires.

Oddites secondaires. — Nous trouvons 50 oddites secondaires à une lithiase vésiculaire et seulement 24 oddites associées à une lithiase cholédocienne. Le terme d'*oddite associée* est préférable dans ce dernier cas. Nous avons en effet été frappés par la faible proportion d'oddites dans la lithiase cholédocienne, par rapport au nombre relativement important de lésions oddiennes secondaires aux lésions vésiculaires. De plus, à la lithiase cholédocienne est, le plus souvent, associée une atteinte vésiculaire, ou chez de nombreux malades cholécystectomisés, la présence d'un moignon systique volumineux, voire lithiasique.

Il est possible, sans pouvoir rien affirmer, que l'oddite soit de pathogénie exclusivement nerveuse, par excitation chronique des nerfs de la région infundibulo-cystique.

Nous connaissons (Roux, Rettori, Vayre [15]) l'influence des excitations de cette région sur le tonus sphinctérien. Richelme [14] a montré qu'une excitation chronique prolongée du splanchnique droit entraînait une oddite typique, avec lésions histologiques caractéristiques.

De plus, dans la série étudiée, les calculs enclavés ne s'accompagnent pas d'oddite. Enfin, il est fréquent de voir une voie biliaire bourrée de calculs, dilatée, aux parois enflammées et épaissies, noyée dans un foyer dense de péritonite plastique, ne pas présenter d'atteinte papillaire.

Il est dès lors tentant de penser que ce n'est pas le calcul cholédocien qui est cause d'oddite, mais la lésion de la région infundibulo-cystique, dont le rôle sur la physiologie des voies biliaires est capital, et l'innervation extrêmement riche.

On pourrait ainsi expliquer en particulier les oddites isolées apparaissant dans les mois ou les années qui suivent une cholécystectomie, alors que la radiomanométrie au cours de cette première intervention s'était avérée normale.

LITHIASE CHOLÉCIENNE

Nous trouvons :

84 calculs uniques dont 9 enclavés dans l'ampoule de Vater,
51 cas de calculs multiples,
16 empierrements de la voie biliaire principale,
1 cas de boue biliaire épaisse sans concrétion calculeuse.

LES AUTRES LÉSIONS DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE

Nombreuses et variées :

16 dilatations cholédociennes isolées,
1 fistule cholécysto-duodénale,
1 fistule bilio-biliaire,

2 sténoses inflammatoires,
1 abcès autour d'un moignon cystique,
1 adhérence intime du col vésiculaire à la voie biliaire principale.

Soit 22 lésions diverses.

Cette série présente donc toutes les éventualités morbides des atteintes spontanées non tumorales de la voie biliaire principale :

77 oddites,

152 lithiases cholédociennes,

22 lésions diverses.

III. – L'ÉTUDE DES INDICATIONS

Quelle a été la tactique opposée à ces lésions lithiasiques du tractus biliaire ?

Elle a *évolué* avec le temps, la cause primordiale de cette évolution étant l'*apparition de la sphinctérotomie* et l'engouement que cette intervention, satisfaisante sur le plan technique, a suscité depuis quelques années.

QUATRE CONSTATATIONS peuvent être faites :

— la sphinctérotomie a été pratiquée de plus en plus fréquemment,
— la drainage externe isolé a vu ses indications diminuer en faveur de la section oddienne,
— la suture primitive a été rarement pratiquée,
— enfin, il n'y a eu aucune variation dans les indications des anastomoses bilio-digestives.

1° **Les sphinctérotomies ont augmenté de fréquence** (Cf. fig. III).

Plus intéressante est l'étude de l'évolution des indications. (Cf. fig. IV.)

On s'aperçoit que les proportions se sont inversées : depuis trois ans, il y a eu plus de papillotomies de sécurité alors qu'avant 1958 les indications de sphinctérotomies étaient surtout posées dans les oddites primitives ou secondaires. Pourquoi ce changement ?

LA SPHINCTÉROTOMIE POUR ODDITE.

— Nous verrons plus loin que les malades qui présentent des oddites ont payé un lourd tribut à la chirurgie : 5 décès sur 38 oddites primitives ou secondaires. Ce sont parfois des malades à l'état neuro-végétatif instable, au psychisme déréglé, exposés à faire des complications post-opératoires aiguës. Les résultats sont plus liés au traitement du terrain qu'à la chirurgie elle-même.

— D'autre part, la majorité des oddites secondaires à une lithiase biliaire (qu'elle soit vésiculaire ou cholédocienne) sont spasmodiques ou œdémateuses. Sitôt la cause enlevée, elles *régressent spontanément* le plus souvent.

C'est pourquoi un drainage externe, laissant un sphincter récupérable intact, est souvent préférable.

Par contre, lorsque les chiffres manométriques sont très élevés, quand la palpation montre le « grain de plomb » d'une

papille scléreuse, la sphinctérotomie garde ses indications, sauf si l'état général ou la présence de tares motive une anastomose bilio-digestive.

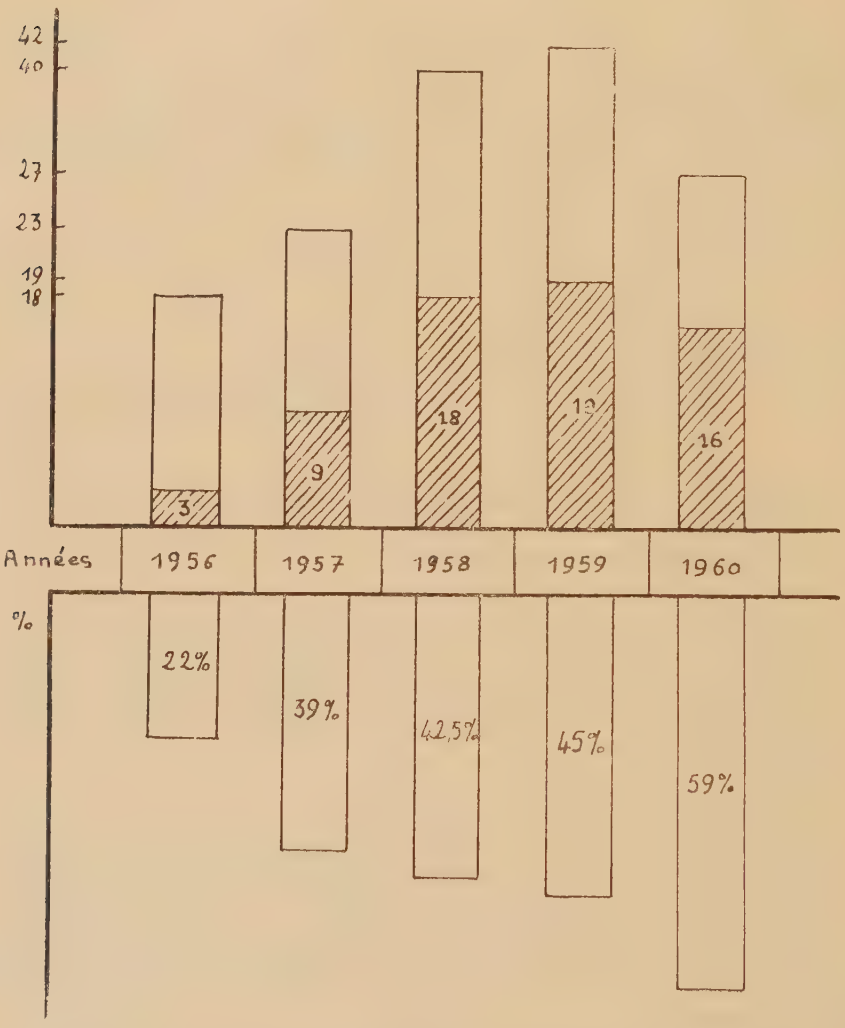
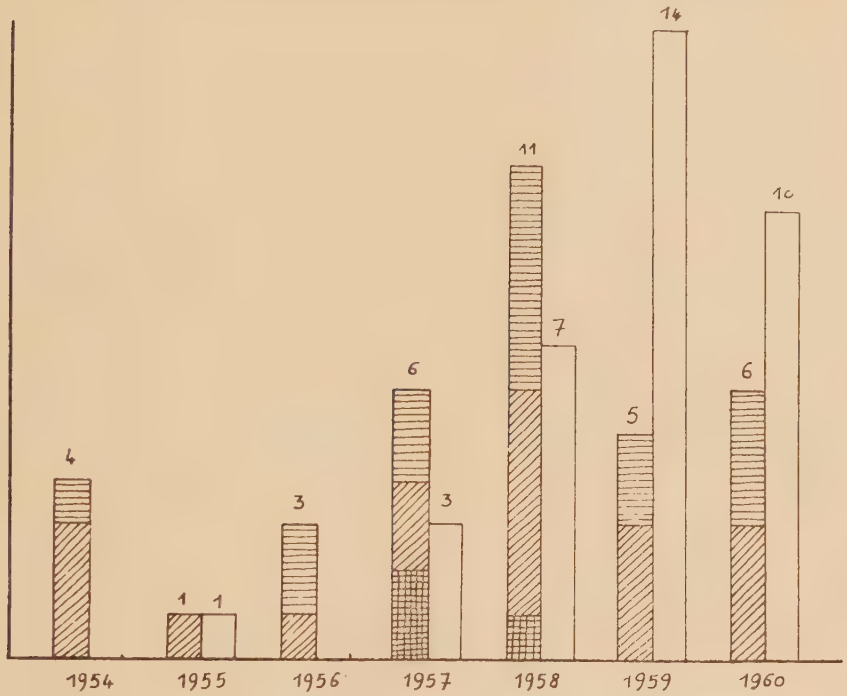


Fig. III. — Progression des sphinctérotomies (*en hachuré*) par rapport au nombre d'interventions pratiquées. Le pourcentage croissant de sphinctérotomies.

La sphinctérotomie a été pratiquée 35 fois pour oddite secondaire (secondaire à lithiase vésiculaire : 21 ; secondaire à lithiase cholédocienne : 14) et 3 fois pour oddite primitive.

Fig. IV. — Evolution des indications de sphinctérotomies.



En hachuré : sphinctérotomie pour oddites : primitives ....
secondaires à lithiase vésiculaire .....
associées à lithiase cholédocienne .....
En clair : sphinctérotomies pour calcul, drainage ou sécurité ;

La papillotomie pour lithiase cholédocienne.

Quelles en ont été les indications ?

En dehors de l'abord des calculs enclavés, la sphinctérotomie de « sécurité » qui sectionne d'ailleurs incomplètement l'appareil oddien a été pratiquée de plus en plus souvent. Elle a été indiquée :

— dans les calculs fragmentés,

— dans les cholédoques pleins de boue biliaire,

— dans le cas de calculins nombreux,

— pour les calculs décelés à la radiomanométrie et non retrouvés à l'exploration,

— pour les calculs intramuraux ou logés dans un diverticule du bas cholédoque,

— pour les empierrements pour lesquels on veut pratiquer une sphinctérotomie,

— pour les cholédoques très volumineux

où la vidange par voie haute est difficile (petit calcul qui peut échapper à la pince),

où la radiomanométrie peut être imparfaite et laisser passer une image calculeuse.

Car elle permet de s'assurer de la perméabilité du bas cholédoque, de pratiquer de grands lavages emportant les particules de calcul et de boue, de ne laisser en place aucun calculin, amorce d'oddite ou de récidive. La sphinctérotomie permet de pratiquer les lavages de bas en haut : les fragments calculeux sortent par la cholédocotomie. On peut aussi vidanger de cette façon les longs cystiques calculeux.

Cette intervention peut permettre à un *calcul oublié* de s'éliminer (obs. 155), mais ceci est inconstant (obs. 114 et 180), et la fausse sécurité donnée par la sphinctérotomie ne doit pas faire négliger la vidange totale du cholédoque.

Il existe des *contre-indications à la section oddienne :*

— l'obésité,

— les tares (l'hypoprotidémie est une des contre-indications majeures),

— les remaniements inflammatoires, où les manipulations par voie basse sont dangereuses (un décès de Goinard),

— les duodénums de stase ou les hyperkinésies duodénales facteurs de reflux dans les voies biliaires,

— les hypotonies de la voie biliaire principale qui se défend mal contre l'infection ascendante.

Ces éléments sont à la base des mauvais résultats immédiats ou éloignés des sphinctérotomies.

Telles ont été les circonstances dans lesquelles la sphinctérotomie a été pratiquée. On a vu qu'elle était actuellement indiquée dans la moitié des cas, et plus souvent comme intervention de sécurité (35 papillotomies en l'absence de lésion oddienne).

Cette sécurité est précieuse pour le chirurgien, mais la section du sphincter n'entraîne-t-elle pas une morbidité tardive plus grande que les interventions classiques ? C'est ce que l'étude des résultats immédiats et éloignés tentera d'éclaircir.

2° Le drainage externe a vu ses indications diminuer en faveur de la sphinctérotomie

En fait, dans toutes les observations il la complète car la mise en place d'un petit drain de Kehr n'est nullement gênante et permet un contrôle radiomanométrique post-opératoire.

Il a été pratiqué *39 drainages externes pour oddite* isolée ou associée à une lithiase cholédocienne. Le drain était laissé en place 15 jours à 3 semaines, avec un traitement médical.

103 fois a été mis en place un drainage externe après extraction de calculs. La suture primitive a été rarement employée. Parmi ces cas se trouvent les dilatations cholédociennes isolées ou les drainages externes de sécurité :

— soit chez des malades en mauvais état, présentant une cholécystite aiguë, chez lesquels une exploration rapide ne permettait pas d'affirmer la vacuité du cholédoque. Un contrôle radiomanométrique ultérieur permettait de vérifier la liberté de la voie biliaire principale et de réintervenir pour un calcul restant chez un malade préparé. En fait, cette éventualité ne s'est jamais présentée.

— soit dans des cas où des conditions locales (inflammation importante des parois cholédociennes, fermeture difficile d'une fistule bilio-digestive, libération d'une vésicule adhérente à la voie biliaire principale) pouvaient faire courir un danger aux parois des voies biliaires.

3° L'anastomose digestive a été pratiquée 30 fois

6 fois pour obstacle infranchissable du bas cholédoque :
- — sténose,
- — pancréatite.

5 fois pour empierrement.

4 fois pour échec de sphinctérotomie :
- — 1 oddite après sphinctérotomie,
- — 1 angiocholite,
- — 2 récidives lithiasiques.

1 fois pour un calcul oublié, non retrouvé à l'exploration.

L'hépatico-jéjunostomie sur anse exclue en Y a été pratiquée le plus souvent possible (11 cas), sauf lorsque l'état général ou les tares la contre-indiquaient.

La cholédoco-duodénostomie a été employée uniquement chez les malades âgés, présentant des lésions complexes, impossibles à traiter par une simple cholédocotomie suivie d'un drainage externe.

Elle a été pratiquée 19 fois. L'*âge moyen* des malades qui l'ont subie est de 71,4 ans.

4° La suture primitive

8 cas seulement, dont trois fois après sphinctérotomie. Les bons résultats du drainage externe n'ont pas incité le chirurgien à pratiquer la cholédocotomie idéale.

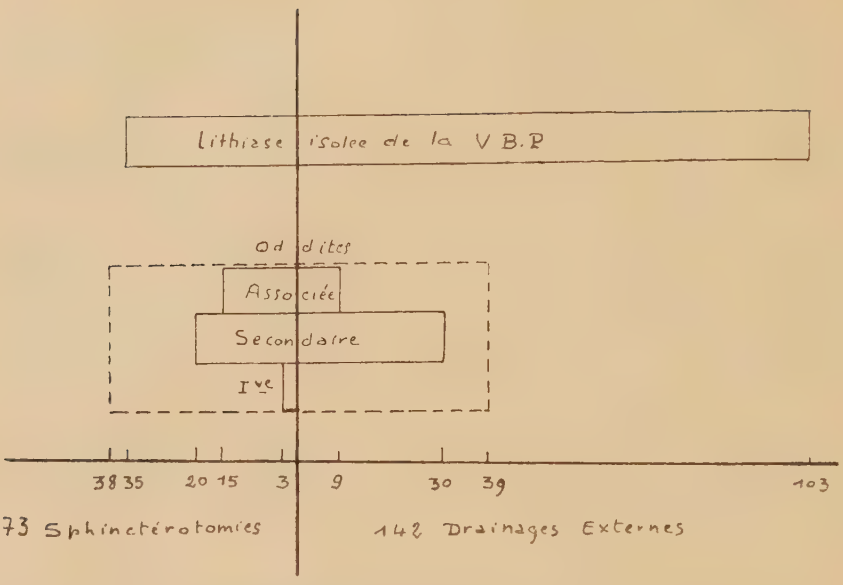


Fig. V. — Place de la sphinctérotomie et du drainage externe dans :
— la cholédocolithiase isolée,
— les oddites.

La série étudiée montre donc :

L'évolution qui s'est faite dans les indications de sphinctérotomie, d'abord réservée aux lésions oddiennes, puis s'étendant aux lithiases, pour enfin devenir plus fréquente parmi ces dernières.

Le drainage externe a perdu de ses indications mais a retrouvé un rôle important dans le traitement des oddites stade I.

Enfin, les anastomoses bilio-digestives ont des indications bien codifiées, qui n'ont pas évolué.

C

Etude des Résultats

I. — Immédiats.

II. — Eloignés.

I. – RÉSULTATS IMMÉDIATS

Les suites opératoires, la morbidité, l'étude des résultats immédiats a été faite dans la thèse de Gouirand [74]. Nous insisterons sur quatre points :

— La surveillance post-opératoire et la prévention des complications.

— La mortalité opératoire.

— Les contrôles radiomanométriques post-opératoires.

— Les réinterventions précoces.

I. - LA SURVEILLANCE OPÉRATOIRE

Cinq impératifs dominent la surveillance opératoire :

— L'établissement d'une fonction hépatique correcte et la surveillance de la déperdition biliaire du drainage externe.

— Le maintien d'un équilibre protidique suffisant.

— L'étude de la crase sanguine pour éviter hémorragie ou thrombose.

— La suppression des réactions neuro-végétatives néfastes.

— Le souci d'une bonne fonction respiratoire.

1° Le foie présente parfois une atteinte qui se traduit par des signes biologiques souvent discrets : une épreuve d'élimination de la B.S.P., une galactosurie provoquée, un taux de prothrombine sont souvent des tests plus sensibles que les épreuves de floculation.

La préparation et la surveillance des malades ictériques, cirrhotiques, revêt donc une importance capitale : la vitaminothérapie, l'opothérapie permettent d'opérer des malades en bon état. On ne trouve dans la série étudiée qu'un cas de déchéance hépatique majeure, d'ailleurs transitoire (obs. 122).

Le rétablissement de la cholérèse chez les ictériques ou subictériques doit être aussi tenté : l'association méthyl-3-chromone et aminophylline (camphosulfonate de diéthylaminoéthylthéophylline) permet souvent d'amorcer une régression de l'ictère, de calmer les douleurs et parfois d'entraîner l'élimination d'un calcul cholédocien.

La lutte contre l'infection biliaire est capitale, le chloramphénicol paraissant l'antibiotique le plus actif.

Aussi importante est la *surveillance de la déperdition biliaire* par le drainage externe. Elle est le plus souvent modérée et compensée par l'alimentation ou les perfusions dans les suites immédiates.

Elle est parfois plus abondante, dépassant 3 ou 400 cm³ par jour. Un contrôle radiomanométrique rapide est utile pour éliminer une lithiase résiduelle. Le plus souvent un traitement médical associant théophylline ou camphosulfonate de diéthylaminoéthylthéophylline et méthyl-3-chromone entraîne une chute spectaculaire de la déperdition biliaire. Ainsi, aucun malade n'a présenté les troubles graves que l'on a reprochés au drainage externe.

2° Le maintien de l'équilibre protidique est classique. Nous tenons à insister sur son importance, surtout avec l'avènement de la sphinctérotomie.

Trois malades ont présenté une hypoprotidémie au-dessous de 50 g, rebelle. Sur ces 3 malades : une a fait une fistule duodénale puis une éviscération, une a fait une désunion cutanée avec large décollement qui a demandé pour cicatriser une greffe étendue.

Les perfusions de sang et d'acides aminés sont surtout utilisées, associées à un traitement anabolisant (hormones mâles, vitaminothérapie...).

3° La surveillance de la crase sanguine. — Les opérés biliaires oscillent entre l'hémorragie et la thrombose. La première était assez fréquente il y a quelques années, et a presque disparu maintenant mais la seconde s'est étendue.

Nous pratiquons avant l'intervention une charge en vitamine K_1 ; ce traitement est poursuivi pendant les deux jours qui suivent l'intervention.

L'attaque d'un traitement anti-coagulant n'est pas systématique, mais très fréquent dès le 1e ou 5e jour. On le prescrit systématiquement chez les obèses, les variqueux ou anciens phlébitiques, les insuffisants circulatoires.

Pour les autres : expectative armée. La moindre alerte (élévation thermique, accélération du pouls, simple angoisse, impression clinique (?), nous amène à prescrire les anticoagulants.

On est arrivé ainsi à éliminer presque totalement les complications hémorragiques et à n'avoir qu'un pourcentage très faible de phlébites.

4° La suppression des réactions neuro-végétatives néfastes.

Nous avons vu qu'une proportion relativement importante

de malades sont dystoniques, voire psychopathes. Des troubles neuro-végétatifs sont à craindre. Aussi pratiquons-nous systématiquement une novocaïnisation permanente des opérés pendant les deux jours qui suivent l'intervention. De faibles doses de novocaïne diluées dans la perfusion suffisent à éviter la plupart des ennuis.

Plus tard, certains malades bénéficient de l'administration de tranquillisants qui ont une action certaine, ajoutée à celle des antispasmodiques que nous utilisons, sur les oddites drainées et les oddites après sphinctérotomie.

5° Le souci d'une bonne fonction respiratoire.

A l'âge de la lithiase (entre 45 et 70 ans), on se trouve souvent dans de mauvaises conditions respiratoires : malades obèses, sédentaires, fumeurs (pas uniquement les hommes), bronchiteux chroniques...

C'est pourquoi la fonction respiratoire est un de nos principaux soucis.

Nous préparons fréquemment le malade en prescrivant des dérivés de l'essence de térébenthine (produits oxydés hydrosolubles) pendant les deux jours qui précèdent l'intervention.

Les bronchiteux chroniques bénéficient d'un traitement expectorant (théophylline) et antibiotique. L'encombrement pulmonaire post-opératoire a diminué de fréquence. Nous pratiquons d'ailleurs systématiquement une thérapeutique broncho-dilatatrice dans les trois jours qui suivent l'intervention.

Les malades pusillanimes bénéficient d'aérosols (antibiotiques, hyaluronidase, théophylline) qui facilitent grandement l'expectoration.

Cependant il y a toujours des malades qui présentent des complications pulmonaires. Il serait intéressant de les préparer à l'intervention par la gymnastique respiratoire utilisée en chirurgie thoracique. Enfin, certains insuffisants respiratoires graves doivent bénéficier des respirateurs automatiques type Engström.

Quel est donc le schéma thérapeutique utilisé ?

1° La thérapeutique de routine.

Les soins pré-opératoires tendent à corriger les perturbations générales et hépatiques.

Aux perfusions d'acides aminés, de sang, à la vitaminothérapie, nous ajoutons des injections de vitamine K_1 pendant les deux jours qui précèdent l'intervention. Systématiquement

sont pratiquées des injections de dérivés de l'essence de térébenthine. Nous favorisons la cholérèse par le camphosulfonate de diéthylaminoéthylthéophylline que nous préférons avant l'intervention à cause de son rôle dans la préparation cardio-circulatoire.

Par contre, les malades bronchiteux chroniques ont un traitement à la théophylline qui favorise l'expectoration.

Une réanimation per-opératoire rigoureuse est faite, grâce au sang qui est perfusé à la demande, de sorte que la perte sanguine est exactement compensée.

Les soins post-opératoires systématiques.

— Les deux premiers jours :

Perfusions où alternent solutions d'acides aminés et sérum glucosé isotonique,

Vitaminothérapie C, B, K_1,

Novocaïnisation constante par la perfusion.

Opothérapie hépatique quand il y a eu atteinte nette de la cellule hépatique.

Tonicardiaques.

Théophylline en suppositoires et souvent en aérosols.

Les antibiotiques sont dilués dans les dérivés de l'essence de térébenthine.

— Le 2e jour est pratiqué un bilan biologique, dosant l'azotémie, le taux de prothrombine, la numération et formule.

Le malade commence à boire et à se lever.

— La disparition de la parésie digestive permet dès le 3e jour de commencer une alimentation progressive. Les perfusions sont alors arrêtées.

— La théophylline est poursuivie jusqu'au 4e jour.

Quand une thrombose est à craindre, un traitement anticoagulant est commencé dès cette date, surveillé par des tests biologiques fréquents. Ce traitement est continué jusqu'au 15e jour et stoppé progressivement.

— Aux environs du 14e jour est pratiqué un contrôle radiomanométrique par le drain de Kehr. Il est le plus souvent normal et le drain est enlevé le 15e jour. Rarement le drainage doit être prolongé une semaine ou deux pour oddite résiduelle.

2° Les cas particuliers.

— *Une atteinte hépatique sévère* amène à ajouter à ce traitement des perfusions de sérum glucosé hypertonique

associées à l'administration d'insuline, à pratiquer une vitaminothérapie et une opothérapie intensive, associée à l'acide glutamique.

— *Un écoulement par le drain de Kehr dépassant 300 cm³* nous fait pratiquer un contrôle radiomanométrique :

— Il est normal : la surélévation du drain, l'administration de diéthylaminoéthylthéophylline et d'acide déhydrocholique suffit à diminuer la déperdition biliaire.

- Il persiste un spasme oddien (oddite drainée ou oddite après sphinctérotomie), la méthyl-3-chromone, la diéthyl-aminoéthylthéophylline, voire les tranquillisants, amènent un retour à la normale de l'écoulement de bile. Le drainage est laissé en place 8 ou 10 jours de plus. Le traitement est continué pendant quelque temps après l'ablation du drain : nous n'avons plus eu d'écoulement même temporaire de bile par la plaie depuis que nous pratiquons cette méthode.

— D'autres cas peuvent se présenter : cardiaques, rénaux, ils sortent de notre propos.

Nous voyons donc que le traitement actuellement appliqué répond à des impératifs bien tranchés.

II. - LA MORTALITÉ OPÉRATOIRE

Elle a énormément diminué avec l'accroissement du nombre de cas opérés. Il convient de remarquer dans les tableaux suivants les modifications importantes survenues depuis *juillet 1958 :* à partir de cette époque, une modification importante dans les indications est apparue : c'est à ce moment que l'on a diminué les indications de sphinctérotomies pour oddites, alors que les sections oddiennes de sécurité progressaient.

MORTALITE TOTALE

	Nbre opérat.	DC	Pourcentage mortalité
D.E.	142	13	9,1 p. 100
S.	73	7	9,6 »
A.	30	7	23,3 »
I.	6	1	17 »
Total	251	28	11,1 »

La mortalité depuis juillet 1958 est donc de 5,6 % sur 88 cas opérés. Ce chiffre correspond aux pourcentages donnés par les différents auteurs. Il est d'ailleurs énormément accru par les décès survenus après anastomoses digestives qui sont les plus souvent réservées aux très mauvais cas.

Un malade décédé sur 43 sphinctérotomies, soit 2,3 %.

Un malade décédé sur 35 drainages externes, soit 2,8 %.

On voit donc qu'actuellement, compte tenu des indications différentes qui sont posées, la section oddienne n'est pas plus grave que le drainage externe.

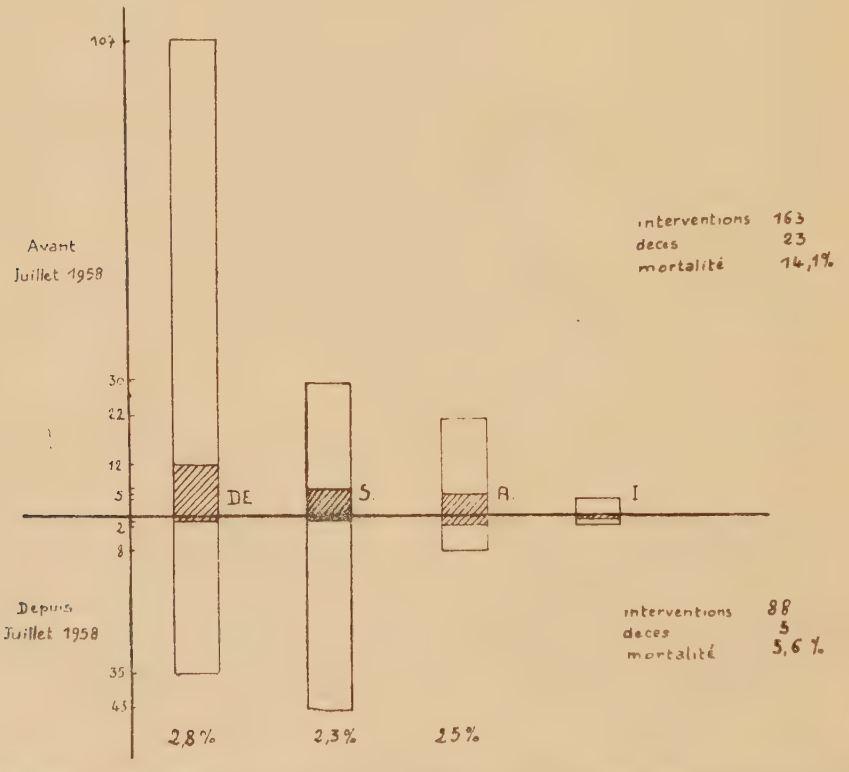


Fig. VI. — Evolution de la mortalité opératoire avant juillet 1958 et depuis cette date : la sphinctérotomie ne paraît pas plus dangereuse que le drainage externe.

En effet, est à noter la *fragilité plus grande des malades présentant une oddite*. Cette impression provient des dérèglements neuro-végétatifs qu'ils présentent souvent, entraînant des troubles parfois mortels.

On retrouve dans les causes de mort post-opératoire une participation neuro-végétative certaine : sur 7 décès (sphinctérotomie : 5 décès, drainage externe : 2 décès) :

— une crise pseudo-diencéphalique de type crise thyroïdienne post-opératoire (obs. 146),

— deux schocks brutaux d'étiologie inconnue (obs. 164 et 165),

— une pancréatite aiguë (obs. 169),

— une hyperthermie sans cause apparente (obs. 59),

— une embolie pulmonaire (obs. 63).

Cette fragilité plus grande est un des arguments qui ont fait de nouveau préférer le simple drainage externe à la papillotomie dans les oddites réversibles.

III. - LES CONTROLES RADIOMANOMÉTRIQUES POST-OPÉRATOIRES

Sont systématiquement pratiqués chez tous les opérés présentant un drainage externe (nous avons vu qu'ils sont la majorité). Il s'agit habituellement d'un simple examen de routine, mais il a permis de déceler :

— Des lithiases résiduelles :

OBSERVATION 155. — M. Mus... subit le 7-5-1957 une sphinctérotomie pour lithiase du bas cholédoque. Deux radiomanométries quinze jours et un mois après, montrent un calcul de l'ampoule de Vater. Le malade veut sortir. Le calcul a dû franchir spontanément le sphincter, car ce malade est actuellement en très bon état et n'a jamais présenté de trouble.

OBSERVATION 114. — M. Gia... est opéré le 6-12-1958. On trouve un cholédoque dilaté, des lésions de pancréatite chronique, un reflux wirsungien et un calcul papillaire que la sphinctérotomie permet d'enlever. Un écoulement abondant par le drain de Kehr intrigue. On pratique une radiomanométrie de contrôle qui montre un calcul du bas cholédoque. La réintervention pratiquée le 12-12-1958 permet d'extraire rapidement le calcul.

OBSERVATION 180. — M. Jac... est opéré le 25-4-1959. Le pédicule hépatique montre deux calculs du cholédoque. On n'en retrouve qu'un. Sphinctérotomie. Un écoulement abondant par le drain de Kehr motive une radiomanométrie de contrôle : un calcul du trépied.

Réintervention : le calcul demeure introuvable. Hépatico-jéjunostomie sur anse en Y.

Cette dernière observation illustre le danger de disparition du calcul qui remonte dans les voies biliaires intra-hépatiques et se loge parfois dans un petit diverticule intra-hépatique. L'artifice de Hepp, qui place une petite mèche dans le canal hépatique sitôt après la cholédocotomie, vient souvent trop tard, le calcul étant déjà remonté.

— **Des spasmes oddiens :**

nécessitant une prolongation du drainage, spasme apparaissant même après sphinctérotomie. Cette dernière éventualité est inédite.

Trois malades ont présenté des spasmes oddiens plus ou moins importants après sphinctérotomie (qui est toujours une section large).

OBSERVATION 147. — M. Gas... a déjà été cholécystectomisé puis subi une hépatico-jéjunostomie latéro-terminale sur anse en Y pour rétrécissement inflammatoire et lithiase. Il continue à présenter des crises douloureuses fébriles.

La réintervention montre une sténose de l'anastomose, un empierrement et une oddite. L'anastomose est reprise largement, le sphincter sectionné, le cholédoque vidangé.

La radiomanométrie du quinzième jour montre un spasme oddien. Le drain est laissé un mois en tout, un traitement médical fait disparaître l'hypertonie oddienne.

OBSERVATION 173. — Mme Lar..., 72 ans, est opérée le 25-10-1958. On trouve une vésicule scléro-atrophique, un cholédoque dilaté (comme le pouce) avec une oddite. Cholécystectomie, sphinctérotomie et drain de Kehr. La radiomanométrie de contrôle montre un spasme oddien. Drainage un mois et traitement médical.

Guérison.

OBSERVATION 182. — M. Der..., 62 ans. Cholécystectomisé en 1945. Souffre. le 20-6-1959, la radiomanométrie montre un cholédoque très dilaté et une image suspecte du bas cholédoque. La sphinctérotomie élimine l'existence de calcul.

La radiomanométrie post-opératoire montre une oddite importante avec une pression de passage à 50 cm, une résiduelle à 22 cm. (Cf. Radio 1.)

Le drain est laissé en place quinze jours de plus, avec un traitement médical.

Guérison se maintenant depuis.

Ces trois malades présentaient des déséquilibres psychiques importants.

Nous avons insisté sur ces *oddites post-sphinctérotomies* car elles n'ont jamais été signalées et montrent que la sphinctérotomie n'est pas toujours une sécurité suffisante pour fermer systématiquement le cholédoque.

IV. - LES RÉINTERVENTIONS PRÉCOCES

On est rarement forcé de réintervenir en chirurgie biliaire, ceci grâce à la radiomanométrie. Mais il persiste encore quelques cas : trois observations de réintervention précoce sont comprises dans notre série :

— 2 fois on est réintervenu pour un *calcul oublié* (obs. 114 et 180). La sécurité apportée par la sphinctérotomie, qui autorise une vidange et un lavage de la voie biliaire, a permis de

Radio 1. - M. Der... (obs. 182). Spasme oddien après sphinctérotomie.

supprimer l'oubli d'un calcul du bas cholédoque, mais on est encore parfois désarmé contre un calcul qui remonte dans les canaux intra-hépatiques, se loge dans un récessus d'où on ne peut pas l'extraire, ou un calcul qui se cache dans le foie et qui n'est pas vu à l'examen radiologique per-opératoire.

La sphinctérotomie peut faire espérer qu'un petit calcul s'éliminera spontanément. Tel est le cas de l'observation 155, où ce malade avait refusé une réintervention, la suite prouvant qu'il avait eu raison puisque le calcul a certainement franchi la papille. Cependant, cette éventualité heureuse est quand même rare.

Le drainage externe isolé ou complétant la sphinctérotomie permet de repérer le calcul, de réintervenir à minima en s'en servant comme guide, et enfin évite des suites opératoires mouvementées.

— Une seule *oddite, drainée*, a nécessité une sphinctérotomie secondaire, devant l'abondance de l'écoulement de bile par le drain de Kehr. Celle-ci n'a d'ailleurs pas suffi et on a dû réopérer la malade deux ans après et pratiquer une hépatico-jéjunostomie sur anse en Y.

L'étude des résultats immédiats permet donc un certain nombre de conclusions :

— la mortalité des sphinctérotomies pour oddite est plus grande, alors que pratiquées comme intervention de sécurité elles ne grèvent pas le pronostic ;

— les oddites au stade I sont rapidement et facilement réversibles grâce à un drainage externe temporaire et un traitement médical ;

— la sphinctérotomie obtient sur la papille des résultats divers : on observe même des oddites après section sphinctérienne ;

— on ne peut compter sur la papillotomie pour permettre l'évacuation d'un calcul oublié. Le moindre doute peut faire discuter l'indication d'anastomose bilio-digestive sur anse exclue.

II. – LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Leur étude est primordiale. Encore n'avons-nous pas assez de recul pour juger la sphinctérotomie, et rares sont, dans la littérature, les observations de malades opérés depuis plus de 10 ans.

Cependant, l'analyse des résultats des interventions pour les affections lithiasiques de la voie biliaire principale revêt dans la série étudiée, étant donné la part qui a été dévolue à chaque technique, un intérêt certain. Disons de suite que ce travail se réduira essentiellement à une opposition entre le drainage externe et la sphinctérotomie, afin d'essayer de déterminer leurs limites, leur intérêt et la place qu'il convient de faire à chacune de ces interventions.

Nous avons fait parvenir à chaque malade un questionnaire (cf. fac-simile) assez précis. La plupart ont répondu. Un certain nombre de malades (changement d'adresse, adresse inexacte ou incomplète) n'ont pu être joints. Ces perdus de vue sont heureusement une minorité. Nous avons éliminé les observations qui ont un recul insuffisant (moins de 5 mois). Nous avons 180 résultats valables et 38 malades perdus de vue.

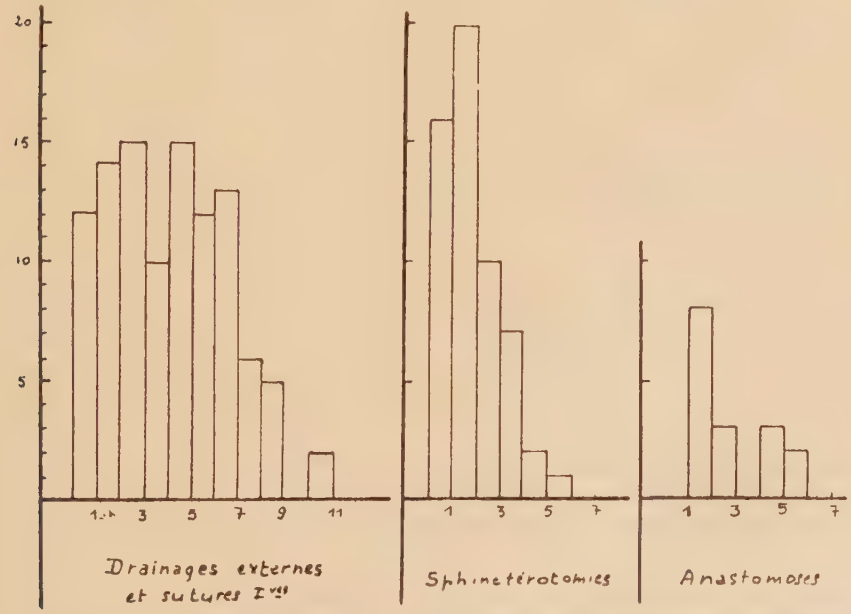


FIG. VII. — Les résultats éloignés : ancienneté des interventions. Les malades opérés depuis moins de cinq mois sont éliminés.

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL

(Barrer la mention inutile)

NOM : ..... Prénom : .....

Avez-vous eu d'autres maladies depuis votre intervention ? .... oui non
Etes-vous en bonne santé depuis votre opération ? ..... oui non
Avez-vous repris votre vie normale ? ..... oui non
Avez-vous repris votre travail ? ..... oui non
Depuis quand ?
Avez-vous été forcé de changer de travail ? ..... oui non
Vous êtes-vous reposé après votre intervention ? ..... oui non
Combien de temps ? .....
N'avez-vous plus souffert ? ..... oui non
N'avez-vous pas eu de poussées de fièvre ? ..... oui non
de frisson ? ..... oui non
de jaunisse ? ..... oui non
ou les urines foncées ? ..... oui non
Avez-vous eu : une seule poussée ? ..... oui non
ou plusieurs ? ..... oui non
Quand ? .....
Avez-vous repris votre poids antérieur ? ..... oui non
sinon de combien avez-vous maigri ? .....
Avez-vous passé de nouvelles radios de voies biliaires ? ..... oui non
si oui : Quand ? .....
Pourquoi ? .....

Avez-vous eu d'autres maladies depuis votre intervention ? ..... oui non
Si oui : précisez lesquelles .....

Avez-vous souvent : mal à la tête ? ..... oui non
des nausées ? ..... oui non
des vomissements ? ..... oui non
de la constipation ? ..... oui non
de la diarrhée ? ..... oui non
des alternances de diarrhée et de constipation? oui non
Faites-vous un régime ? ..... oui non
Y a-t-il des aliments qui vous fatiguent ? ..... oui non
Avez-vous quelque chose d'autre à signaler ? .....

Nous avons classé, d'après les réponses, les résultats en cinq rubriques :

— *Résultats très bons (TB)*..	Guérison objective et subjective, pas de régime.
— *Résultats bons (B)*.....	Très nette amélioration.
— *Résultats assez bons (AB)*	Quelques vagues troubles dyspeptiques, endolorissement fugace de l'hypochondre droit. Nécessité d'un régime sévère.
— *Résultats médiocres (M)*..	Aucune amélioration.
— *Résultats mauvais (0)*....	Réintervention.

Pour les besoins de la statistique, nous avons groupé ces rubriques en :

Résultats favorables (TB, B, AB).

Résultats défavorables (M, 0).

Enfin nous avons aussi isolé les résultats très bons des autres *(B, AB, M, 0)*.

Nous étudierons :

1° Les résultats éloignés des diverses interventions :

— drainage externe et suture primitive,

— sphinctérotomie,

— anastomose bilio-digestive,

en fonction des lésions pour lesquelles elles ont été indiquées.

2° Les comparaisons entre les résultats du drainage externe (et de la suture primitive) et ceux de la sphinctérotomie dans :

— les oddites,

— la cholédoco-lithiase simple.

Enfin, nous essaierons de dégager à la lumière de cette étude quelle est la place de chacune des techniques de cet arsenal thérapeutique.

	SPHINCTEROTOMIE						DRAINAGE ou SUTURE					ANASTOMOSE			TOTAL
	Oddites				Calc.	Total	Oddites			Calc.	Total	C.D	H.J	Total	
	Ives	IIres	Assoc	Tot.			IIres	Assoc	Tot.						
TIB		6	7	13	21	34	14	5	19	65	84	6	4	10	128
IB	1	1	4	6	2	8				7	7				15
AIB	1	3	1	5	2	7	3		3	2	5	1	1	2	14
M		2	1	3		3	1	1	2		2	1	1	2	7
O		3		3	3	6	3		3	5	8	1	1	2	16
Total résultats	2	15	13	30	28	58	21	6	27	79	106	9	7	16	180
Décés opérat.	1	3	1	5	2	7	1	2	3	11	14	5	2	7	28
Perdus de vue		2	1	3	3	6	7	1	8	18	26	4	2	6	38
Trop récents					2	2	1		1	1	2	1		1	5
TOTAL	3	20	15	38	35	73	30	9	39	109	148	19	11	30	251

A) Étude analytique des résultats éloignés

A) LE DRAINAGE EXTERNE ET LA SUTURE PRIMITIVE

Etant donné le petit nombre de cholédocotomies idéales, nous les avons groupées avec le drainage externe.

Nous avons 106 résultats éloignés (cf. tableau hors texte).
27 concernent des interventions pour oddites.
79 des drainages pour lithiase cholédocienne ou dilatation cholédocienne isolée.

— Drainage externe et oddite.

L'oddite secondaire a une lésion vésiculaire : 21 résultats.

Nous relevons :

14 résultats Très Bons, soit 66,6 % (*).
3 résultats Assez Bons (obs. 45, 131, 134).
1 résultat Médiocre (obs. 61).
3 réinterventions (obs. 19, 44, 55), soit 14,3 %).

Sur ces trois opérations itératives, on note :

— 1 sphinctérotomie (obs. 19) moins de deux mois après un drainage externe, motivée par un écoulement abondant de bile par le drain de Kehr, avec régression insuffisante de l'oddite au contrôle radiomanométrique.

— 2 sphinctérotomies : l'une 2 ans (obs. 55), l'autre 4 ans (obs. 44) après la première intervention pour reprise des phénomènes douloureux.

L'oddite associée a une lithiase cholédocienne :

Sur 6 résultats :

5 sont Très Bons (obs. 27, 32, 84, 103, 123).
1 Médiocre (obs. 77).

— Drainage externe et affection lithiasique isolée de la voie biliaire principale.

Sur 79 résultats :

65 sont Très Bons, soit 82,3 %,
7 sont Bons,
2 sont Assez Bons,

(*) Ces pourcentages, étant donné le nombre relativement faible de cas, ne sont donnés qu'à titre comparatif.

et on note

5 réinterventions (soit 6,3 %).

Une un mois après la première (obs. 57) pour empierrement massif du cholédoque : une anastomose hépatico-jéjunale a été pratiquée.

— Une autre malade (obs. 164) a été réopérée dans les mêmes délais pour une oddite qui ne s'était pas manifestée à la radiomanométrie lors de la première intervention.

— Une réintervention deux mois et demi après pour angiocholite (cette malade, obs. 148, avait subi, trois ans avant, une sphinctérotomie).

- Deux réinterventions tardives (plus de 3 ans après) dont l'une (obs. 51) pour récidive lithiasique, et l'autre (obs. 68) pour oddite.

Les résultats globaux du drainage externe montrent sur 106 malades :

84 en Très Bon état, soit 79,2 %,
7 en Bon état,
5 en Assez Bon état,
2 dont l'état est Médiocre,

Enfin 8 (soit 7,5 %) ont dû subir une réintervention).

B) LA SPHINCTEROTOMIE

Nous avons reçu 58 réponses.

30 proviennent de malades opérés pour oddites et
28 de malades qui présentaient des calculs isolés.

Sphinctérotomie et oddite primitive.

Sur deux résultats, un est bon (obs. 154), un assez bon (obs. 153). Le terrain psychopathe est certain : la malade de l'observation 154, en effet, présente une psychose grave qui a entraîné plusieurs hospitalisations dans des services spécialisés.

Sphinctérotomie et oddite secondaire.

15 réponses contiennent :
6 Très Bons résultats, soit 40 %,
1 Bon,
3 Assez Bons,
3 résultats Médiocres,
3 réinterventions, soit 20 %, ont été nécessaires : (obs. 19, 142, 148), nous y reviendrons.

Sphinctérotomie et oddite associée.

Sur 13 réponses, nous dénombrons :

7 résultats Très Bons, soit 53,8 %,
4 résultats Bons,
1 résultat Assez Bon et
1 Médiocre.
Aucune réintervention dans cette série.

Sphinctérotomie d'abord ou de sécurité.

Nous avons reçu 28 réponses avec :

21 résultats Très Bons, soit 71,4 %,
2 résultats Bons,
2 résultats Assez Bons,
3 réinterventions dont deux précoces, soit 10,7 %, pour calcul oublié (obs. 114 et 180), et une un an après (obs. 156) pour récidive lithiasique probable mais les calculs vus sur la cholangiographie (?) n'ont pas été retrouvés.

Les résultats globaux des sphinctérotomies sont donc, sur 58 réponses :

34 malades sont en parfait état	soit	58,6 %
8 vont bien	soit	13,8 %
7 ont quelques troubles	soit	12 %
3 ne son pas améliorés	soit	5,2 %
6 ont dû être réopérés	soit	10,4 %

C) LES ANASTOMOSES BILIO-DIGESTIVES

Les réponses sont moins nombreuses car ces interventions ont été pratiquées chez des personnes âgées (cholédoco-duodénostomies), qui sont décédées depuis ou sont parties dans des maisons de retraite.

Nous avons 9 résultats de cholédoco-duodénostomie avec 6 résultats parfaits et une réintervention pour reflux entraînant des phénomènes d'angiocholite (obs. 142).

Sur 7 résultats d'hépatico-jéjunostomie, 4 sont parfaits, et on note une réintervention (obs. 147) pour sténose d'une anastomose latéro-latérale, avec empierrement du bas cholédoque. Ce malade est depuis en parfait état.

Ces résultats éloignés sont favorables, il convient d'analyser les réinterventions. Cette étude permet de discuter trois points :

1° *Les réinterventions pour lithiase résiduelle ou oddite.*

2° *La pathologie des sphinctérotomisés.*

3° *La pathologie des dérivations biliaires.*

I. - **Réintervention pour lithiase résiduelle ou oddite.**

Le calcul oublié est un des reproches faits au drainage externe : le chirurgien peut faire une exploration consciencieuse du cholédoque et laisser en place un calcul intramural ou noyé dans un foyer de pancréatite. La sphinctérotomie, qui permet d'explorer par en bas la voie biliaire, de pratiquer des lavages de haut en bas et de bas en haut, est certes beaucoup plus séduisante pour l'opérateur.

Mais il est des calculs qui remontent dans le foie dès la mise en place du billot et qui parfois se cachent si bien qu'on peut méconnaître leur présence. Et dans ce cas, la sphinctérotomie n'apporte rien. Un petit calcul pourra s'éliminer spontanément (obs. 158) mais cela arrive aussi après simple drainage externe (obs. 12), et est inconstant (obs. 114 et 180).

En fait, sur 3 cas de LITHIASE RÉSIDUELLE RÉOPÉRÉE,

— un (obs. 57) l'a été après un drainage qui n'avait été mis en place qu'à cause d'une contre-indication temporaire de l'anastomose ; celle-ci a été pratiquée dans le deuxième temps.

Deux (obs. 114 et 180) l'ont été après sphinctérotomie.

Une ODDITE a nécessité cinq fois une réintervention après drainage externe.

Deux dans les suites immédiates : oddite résiduelle (obs. 19 et 164).

Trois fois dans les années qui suivirent : avec un délai de 2 ans (obs. 55), 3 ans (obs. 68), 4 ans (obs. 44).

Ces cinq malades ont subi une sphinctérotomie mais le résultat actuel n'est parfait que pour deux malades.

L'avantage de la sphinctérotomie est donc discutable, envisagée sous cet angle. En effet, le perfectionnement de la radiomanométrie, les épreuves pharmaco-dynamiques per-opératoires permettent dorénavant un diagnostic de plus en plus précis. Faire une sphinctérotomie de sécurité n'apporte, le plus souvent, qu'une satisfaction parfois trompeuse au chirurgien : le calcul passé inaperçu qui est remonté dans le foie n'en sera pas évacué pour autant. Par contre le diagnostic ferme d'une oddite non réversible, le doute sur la vacuité du bas cholédoque (calculs multiples ou fragmentés, empierrement, long cystique micro-calculeux) sont toujours des indications à la sphinctérotomie, mais ces cas ne représentent pas 80 % des lésions lithiasiques de la voie biliaire principale ! Or, la sphinctérotomie « acte gratuit » n'est pas sans conséquence, car une pathologie des sphinctérotomies est en train de se créer.

II. - **La pathologie des sphinctérotomisés.**

Une première impression d'après les résultats que nous avons obtenus : il persiste après sphinctérotomie un nombre plus important de « petits troubles », surtout après intervention pour oddite, qu'après le drainage externe.

Enfin, sont apparus plusieurs types de troubles plus importants, qui ont nécessité des réinterventions. On peut les grouper sous le terme : MALADIES DU REFLUX.

Si certains auteurs sont heureux d'obtenir un barytage des voies biliaires intra-hépatiques [108], il ne semble pas que ce soit un résultat à rechercher. On ne peut s'empêcher de penser que la présence de particules alimentaires dans les voies biliaires n'est pas souhaitable et risque d'entraîner des troubles. Certains sont assez précoces, l'angiocholite et la lithiase, d'autres peut-être apparaîtront dans plusieurs années, liés à l'atteinte du parenchyme hépatique.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître que la *stase* exalte les dangers du reflux. Elle crée deux types de lésions que nous avons retrouvées dans notre série :

— l'angiocholite,
— la lithiase.

L'ANGIOCHOLITE.

On relève 4 cas d'angiocholite après sphinctérotomie.

Chez deux malades (obs. 142 et 148), une réintervention a été nécessaire : hépatico-jéjunostomie sur anse en Y. Une est décédée, l'autre est actuellement en parfait état.

Deux autres malades (obs. 160 et 166) n'ont pas été réopérées mais ont présenté plusieurs crises typiques mais espacées.

LA LITHIASE.

Peu d'observations ont été publiées d'apparition de lithiase chez des malades sphinctérotomisés.

Notre série comprend deux observations : ces malades avaient été opérés pour oddite secondaire à une lithiase vésiculaire. Il n'y avait pas de calcul du cholédoque quand avait été pratiquée la sphinctérotomie. La lithiase n'est apparue que 2 ans après.

La malade de l'observation 19 (publiée par CAROLI) avait été sphinctérotomisée en décembre 1952 pour une oddite qui n'avait pas régressé après un drainage externe.

Un an et demi après apparaissent des douleurs qui motivent une cholangiographie, puis une réintervention. On trouve un cholédoque très dilaté contenant deux calculs. On pratique une

Radio 2. - M^lle^ Pel... (obs. 19).

A : Contrôle radiomanométrique : oddite serrée.

B : 1 an 1/2 après sphinctérotomie : lithiase cholédocienne.

Radio 3. - M^me^ Gab... (obs. 148).

A : Reflux et calcul cholédocien trois ans après sphinctérotomie.
B : Reflux cholédocien après ablation du calcul.

hépatico-jéjunostomie sur anse en Y. La malade est actuellement en parfait état.

Mme Gab... (obs. 148) est sphinctérotomisée en 1955 pour oddite. Il existait aussi un rétrécissement inflammatoire de la voie biliaire principale, calibré par un drain de Kehr. Elle recommence à souffrir. La radiographie digestive montre un reflux baryté qui moule le bord inférieur d'un calcul cholédocien. Ce calcul est extrait le 7 juin 1958 et on pratique une suture primitive du cholrdoque.

L'angiocholite réapparaît très vite et on est forcé de réintervenir 2 mois après : on trouve une sténose inflammatoire du cholédoque. Hépatico-jéjunostomie sur anse en Y. Depuis, la malade est en parfait état.

Comment expliquer cette lithiase cholédocienne ? Reflux et stase facilitent les concrétions calculeuses. Mais de plus la présence de fragments alimentaires stagnant dans les voies biliaires peut expliquer la formation de *calculs « alimentaires »*. Il semble que c'était le cas dans l'observation 148.

Que conclure de tout ceci ? Le risque vaut d'être couru lorsque l'indication de sphinctérotomie est impérative (encore qu'on puisse discuter alors l'anastomose hépatico-jéjunale). Il est trop grand pour faire de cette intervention une technique de routine.

III. - **La pathologie des dérivations biliaires.**

Elle est classique et bien connue.

Une malade (obs. 142) a été réopérée pour angiocholite.

Un autre, (obs. 147) ayant subi une anastomose latéro-latérale, a présenté une sténose de l'anastomose avec un empierrement de la voie biliaire principale.

Il est certainement préférable de pratiquer une anastomose termino-latérale, sectionnant complètement la voie biliaire et excluant ainsi un bas cholédoque qui aura été soigneusement débarrassé de ses calculs.

Notre impression est que l'hépatico-jéjunostomie termino-latérale sur anse en Y a de bons résultats fonctionnels. Elle mérite peut-être, chez des malades en bon état, d'être pratiquée plus souvent, ses indications se superposant avec celles de la sphinctérotomie.

B) Étude comparée des résultats du drainage externe et de la sphinctérotomie (*)

Comparant les résultats de ces deux types d'intervention dans les diverses lésions de la voie biliaire principale, nous verrons les conclusions que permettent leur étude. Nous éliminerons de cette étude les oddites primitives qui ont toutes été sphinctérotomisées.

Les résultats ont été classés en *favorables* et *défavorables*. Nous avons pratiqué une étude des résultats *parfaits* par rapport aux autres.

Résultats comparés des oddites opérées.

La clinique montre que les oddites associées guérissent mieux que les oddites secondaires. L'étude statistique vérifie cette impression, on peut l'affirmer avec une probabilité de 85 %.

	Oddite secondaire	Oddite associée	Total
Résultats favorables	27	17	44
Résultats défavorables ...	9	2	11
Total	36	19	55

Le faible nombre d'interventions par type d'oddite ne permet pas de faire une étude comparée des résultats des deux interventions pour chacun d'eux.

Mais l'étude des résultats globaux des oddites, si elle ne permet pas de trancher entre la sphinctérotomie et le drainage externe en ce qui concerne les cas favorables et défavorables donne un net avantage au drainage externe en ce qui concerne les résultats excellents.

	Sphinctérotomie	Drainage externe	Total
Résultats favorables	22	22	44
Résultats défavorables ...	6	5	11
Total	28	27	55

(*) Nous remercions M. Paul Carrère, Directeur Régional de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, qui a bien voulu nous apporter son indispensable concours.

	Sphinctérotomie	Drainage externe	Total
T.B.	13	19	32
Autres	15	8	23
Total	28	27	55

Probabilité de 95 % pour que le drainage externe ait un peu plus de résultats parfaits.

Il y a 46,5 % de résultats parfaits après sphinctérotomie contre 70,4 % après drainage externe.

Résultats comparés des lithiases cholédociennes opérées.

	Sphinctérotomie	Drainage externe	Total
T.B.	21	65	86
Autres	7	14	21
Total	28	79	107

	Sphinctérotomie	Drainage externe	Total
Résultats favorables	25	74	99
Résultats défavorables	3	5	8
Total	28	79	107

L'étude statistique ne permet pas de conclure pour ou contre la sphinctérotomie : les résultats sont sensiblement équivalents.

Que conclure de cette étude, pour laquelle il faudrait un nombre plus important de cas ?

1° *Les oddites associées guérissent mieux que les oddites secondaires.*

2° *Le drainage externe est préférable à la sphinctérotomie dans les oddites secondaires et associées.*

3° *Il ne ressort pas de différence notable dans les résultats de la sphinctérotomie et du drainage externe pour la lithiase sans oddite. Il y a cependant un léger avantage au drainage externe.*

CONCLUSIONS

La sphinctérotomie oddienne, intervention ancienne, bénéficie depuis quelques années de l'engouement d'une grande partie des chirurgiens. Ses indications ont été étendues à une proportion croissante de lésions lithiasiques de la voie biliaire principale : d'abord réservée aux oddites, puis aux suspicions d'oddite, elle est pratiquée dans la cholédolithiase isolée comme intervention de sécurité permettant de vidanger totalement la voie biliaire principale.

Mais des opérateurs expérimentés se sont élevés contre les abus que l'on fait de la section oddienne. Ils pensent que le système sphinctérien est indispensable et que l'on risque, à le sectionner trop souvent, des déboires plus ou moins éloignés.

Nous avons été frappés par les divergences d'opinion des chirurgiens français. Etudiant une série de 251 interventions pratiquées par le Professeur Henry, parmi lesquelles la sphinctérotomie, apparue il y a 4 ou 5 ans, a pris une importance croissante, nous avons essayé de dégager la place que l'on peut assigner à ce type d'intervention, entre le drainage externe et les dérivations bilio-digestives.

Nous avons analysé les opinions des différents auteurs, leur technique de section oddienne, leur tactique chirurgicale. Nous en avons conclu que les sphinctérotomies étaient multiples, de la section économique, qui veut conserver l'anneau musculaire cholédocien, à la sphinctéroplastie totale dont le but est de laisser béante la voie biliaire principale (les variations d'étendue en hauteur du sphincter cholédocien pouvant faire échec à l'un ou l'autre de ces buts) ; et que trois types d'indications se faisaient jour : cure d'un oddite, abord d'un calcul, drainage interne permettant de supprimer le drain de Kher.

L'analyse des observations, l'étude des lésions rencontrées et des indications posées, l'exposé de la technique opératoire suivie, nous ont permis de montrer l'homogénéité de notre série.

Les suites opératoires, qui bénéficient d'une surveillance minutieuse, nous apportent des notions intéressantes :

— L'apport du traitement médical permet la cure de la plupart des oddites secondaires ou associées par un simple drainage externe après la disparition de l'épine irritative, cause de l'hypertonie oddienne.

— La mortalité opératoire a diminué considérablement, tombant à environ 2,5 % pour les sphinctérotomies et les drainages externes, ces deux dernières années. Seules les cholédoco-duodénostomies, réservées aux lésions complexes chez les malades âgés, en très mauvais état, sont grevées d'une lourde mortalité.

— Il semble que les dérèglements neuro-végétatifs entraînent une fragilité plus grande des malades présentant une oddite.

— Une même étendue de la section oddienne amène des résultats différents, on observe des reflux mal tolérés, et à l'opposé des spasmes oddiens après sphinctérotomie : il y a donc un certain risque à pratiquer une suture primitive du cholédoque en fin d'intervention : un drain de Kehr n'est pas nuisible, et souvent utile.

— La sphinctérotomie n'est pas une solution de facilité : elle ne doit pas faire négliger la vidange très complète de la voie biliaire principale : un calcul oublié ne s'éliminera pas plus facilement. Seule une technique radiologique parfaite et un souci constant de l'opérateur met à l'abri de la lithiase résiduelle.

L'analyse des résultats éloignés et leur étude statistique n'a pas décelé de différence appréciable entre la sphinctérotomie et le drainage externe, tant pour oddite secondaire ou associée que pour cholédoco-lithiase. Les résultats paraissent même de meilleure qualité après drainage externe.

De plus, une pathologie des sphinctérotomisés se fait jour : angiocholite ou apparition de lithiase (nous en avons observé deux cas certains). Nous n'avons pas noté d'atteinte du parenchyme hépatique, mais le recul est peut-être trop faible.

Quelle est donc la place de la section oddienne dans la chirurgie des affections spontanées non tumorales de la voie biliaire principale ?

Loin de s'opposer aux autres méthodes, elle les complète. Il n'y a pas lieu de multiplier ses indications, mais de la conserver pour des cas précis.

— *L'oddite primitive*, lorsqu'elle est au stade chirurgical, bénéficie de la sphinctérotomie. Mais on peut discuter l'anastomose hépatico-jéjunale sur anse exclue. Le traitement du terrain est en tout cas primordial.

— *Les oddites secondaires ou associées* doivent régresser dans la majorité des cas avec un simple drainage externe et un traitement médical. Lorsque le sphincter est envahi par une sclérose irréversible, la sphinctérotomie doit être pratiquée.

— *La cholédoco-lithiase simple* est très facilement guérie

par l'extraction du ou des calculs, suivie d'un bref drainage externe. Mais certains *cas compliqués* (poly-micro-lithiase, calculs enclavés ou intramuraux, calculs fragmentés, boue biliaire, ou petit calcul perdu dans un énorme cholédoque) sont justiciables d'une section oddienne, si l'état général, l'âge ou le caractère trop inflammatoire des lésions n'indiquent pas une cholédoco-duodénostomie. L'ensemble des cas justifiant une section du sphincter ne représente pas plus du 1/5 du nombre des malades.

Ainsi la sphinctérotomie complète et ne supplante pas l'arsenal thérapeutique classique. Ses indications doivent être minutieusement pesées, d'autant qu'on ne connaît pas encore les répercussions lointaines de cette technique sur le parenchyme hépatique.

Lu et approuvé
Le Président du Jury :
R. de VERNEJOUL

Vu et approuvé
Le Doyen :
G. MORIN

Vu et permis d'imprimer
Aix, octobre 1960
Le Recteur :
J. BLACHE

Bibliographie des ouvrages consultés

ANATOMO-PHYSIOLOGIE.

1 — Albot, Kapandji. — Troubles fonctionnels synergiques biliaires et duodénaux. Congrès International de la Fonction biliaire. Vittel, 1958, p. 255.
2 — Anfossi. — Anatomie chirurgicale des voies biliaires extra-hépatiques. *Archivio per la Scienze Mediche* (Turin), an 8°, vol. 100, 6 (déc. 1955).
3 — Binet. — Sécrétion biliaire. Traité de Physiologie normale et pathologique, t. III. Masson, Paris, 1939.
4 — Caroli. — Anatomie et Physiologie des voies biliaires. Flammarion, 1949, pp. 689-697.
5 — Ivy, Goldmann. — Physio of the biliary tract. *J.A.M.A.*, 1939, 113, p. 2413.
6 — Lamy, Sarles (H.), Michotey. — Etude expérimentale de l'irritation chronique du nerf splanchnique. *Acta Chirurgica Belgica*, an 57, 4 (avril 1958).
7 — Mallet Guy, Eicholz, Descottes, Popovic. — Sur la systématisation des pédicules nerveux du foie : rôle de leur section expérimentale sur le tonus des voies biliaires. *Lyon Chirurgical*, 50, 4 (mai 1955).
8 — Mirizzi. — Contraction du canal hépatique. *Mém. Acad. Chirurgie*, 1951, 77, p. 732.
9 — Mirizzi. — Le péristaltisme du cholédoque. *Mém. Acad. Chirurgie*, 1951, 77, p. 738.
10 — Négri. — Terminal cholédocus — anatomicofunctional discovery. *Prensa Méd. Argent.*, 31 janv. 1947.
11 — Papalmitiades, Rettori. — Anatomie du sphincter d'Oddi. *Acta Anatomica* (Basel), 30 (1-4), 1957.
12 — Rettori, Laumonnier, Roux. — Bases anatomiques et physiologiques de la sphinctérotomie oddienne. *Mém. Acad. Chirurgie*, 1956, p. 532.
13 — Rettori. — Etude morphologique du système musculaire de la jonction cholédoco-pancréatico-duodénale et bases anatomiques de la section du sphincter d'Oddi. *Presse Médicale*, 64 - 51 ; 27 juin 1956.
14 — Richelme. — Dyskinésies biliaires expérimentales. (Irritation chronique du nerf splanchnique droit chez le chien.) Thèse Marseille, 1958.
15 — Roux, Vayre, Rettori, Thomas. — Le retentissement oddien des excitations vésiculaires. Etude expérimentale. *Lyon Chirurgical*, 55/6 - 1959.
16 — Roux, Vayre. — Mécanique de l'appareil biliaire extra-hépatique. *Journal de Chirurgie*, 78 - 1 ; 1959.
17 — Stalport, Nicolas, Demelenne. — Rôle du plexus nerveux péricystique dans la pathogénie des troubles fonctionnels oddiens après cholécystectomie. *Acta Chirurgica Belgica*, 56 (7), oct. 1957.

CLINIQUE ET PARACLINIQUE.

18 — Les cholédocites. Hépatologie du médecin traitant. Masson, 1957, p. 537.
19 — Les dystonies de la voie biliaire principale. Congrès de Chirurgie, Paris, 1947.
20 — Albot, Kapandji. — Les dyskinésies duodénales et le reflux duodéno-biliaire dans les affections chroniques biliaires. *S. H. Paris*, An. 35, n° 15, 18 janv. 1960.
21 — Bengoléa, Négri. — La maladie du cholédoque terminal. *Revue de Chirurgie*, n° 3-4, pp. 65-77, mars-avril 1947.

22 — Bengoléa, Négri. — Dyskinésies biliaires et plus particulièrement les perturbations fonctionnelles et anatomiques du sphincter d'Oddi. Congrès de Chirurgie, 1947.

23 — Caroli. — Les papillites primitives. *Revue du Foie, VIII*, 349 - 1949.

24 — Caroli, Mercadier. — Les dyskinésies biliaires. — *Revue du Foie*, sept.-oct. 1948, p. 173.

25 — Caroli, Porcher, Delattre. — Contribution du radiocinéma à l'étude des voies biliaires de l'homme. *S. H.* 1956 (*Ann. Recherche Médicale*), août, RM 415 et B 975.

26 — Caroli, Gilles. — La Radiomanométrie biliaire. Etude technique. *S. H. Paris*, 28 nov. 1945, 44, p. 1278.

27 — Caroli, Porcher. — Contribution au diagnostic des papillites primitives (angiocholégraphie endoscopique et écran de brillance). — *Lyon Chirurgical*, 55/6, déc. 1959.

28 — Calame, Chanal. — Diagnostic et traitement de la sténose du sphincter d'Oddi. — *Helvetica Chirurgica Acta*, 24, 4, oct. 1957, p. 357.

29 — Cattel, Colcock, Pollack. — Sténose du sphincter d'Oddi. *New England J. of Medicine*, vol. 256, n° 10, 7 mars 1957.

30 — Féroldi. — La maladie du sphincter d'Oddi. Thèse Lyon, 1944-1945, n° 131.

31 — Goinard. — Le sphincter d'Oddi dans la lithiase. *Algérie Médicale*, 61, 4 avr. 1957.

32 — Goinard, Pélissier. — Sur la valeur des tests oddiens pré et post-opératoires. *Afr. Française Chirurgicale*, 15 (4), juil.-août 1957.

33 — Goinard, Pégullo, Pélissier. — Kyste hydatique du foie, rompu dans les voies biliaires, et oddite sténosante. *Afr. Française Chirurgicale*, 16 (4), 1958.

34 — Goinard, Pélissier. — Exploration pharmaco-dynamique per-opératoire du sphincter d'Oddi. *Journal de Chirurgie*, 78, 5 (déc. 1959).

35 — Kapandji. — Sphincters duodénaux. *Arch. Maladies de l'App. Digestif*, 44, 9-10, sept. 1955.

36 — Lamy, Sarles (H.). — Lithiase biliaire et oddite. *Marseille Chirurgical*, p. 128, 1955.

37 — Mallet Guy, Jeanjean, Manoir. — La chirurgie biliaire sous contrôle radiomanométrique per-opératoire. Masson, Paris, 1947.

38 — Mallet Guy, Féroldi. — Maladie du sphincter d'Oddi. Analyse de 70 observations personnelles. *Lyon Chirurgical*, 45 (janv. 1950), p. 33.

39 — Mallet Guy, Féroldi, Micek. — Maladies du sphincter d'Oddi. Documents physiologiques, pathologiques, cliniques et thérapeutiques. *Lyon Chirurgical*, 45, 2 (1950), p. 181.

40 — Mallet Guy. — Lithiase du cholédoque et hypertonie du sphincter d'Oddi après cholécystectomie. *Lyon Chirurgical*, 46, 4 (1951), p. 411.

41 — Mallet Guy, Jacquemet. — La radioscopie télévisée des voies biliaires. *Arch. des Maladies de l'App. Digestif*, 46, 7-8 (1957).

42 — Mirizzi. — La lithiase de la voie biliaire principale. Masson, 1955.

43 — Montaldo. — Physio-pathologie du sphincter d'Oddi et du reflux bilio-pancréatique. Cholangiomanométrie sériographique rapide. *Arch. Mal. App. Digestif*, 48, 4, an 1959.

44 — Pettinari. — Le sphincter d'Oddi. (Etude clinique, thérapeutique et chirurgicale.) *Chirurgia Italiana*, vol. 11, 1 (janv. 1959), pp. 1-15.

45 — Poilleux. — Pathologie du confluent cholédoco-duodénal. *Actualités H.G.E. de l'Hôtel-Dieu*, p. 200. Masson, 1952.

46 — Poilleux. — Notes sur une nouvelle méthode de l'exploration des voies biliaires. La kinésimétrie. *Arch. des Mal. de l'App. Digestif*, 47 (1958), p. 153.

47 — Poilleux, Boucher. — Pathologie de la région oddienne. *Annales de Chirurgie*, 14, 1-2 (janv. 1960).

48 — Quarti, Renaud, Chatelin. — Dyskinésie biliaire psycho-somatique. *S. H. P.*, An. 31, 34/6, juin 1955.

49 — Roux, Debray, Le Canuet. — La pression et le débit en radiomanométrie biliaire. *J. de Radiologie et d'Electro.*, 1952, 33, p. 50.

50 — Roux, Debray, Le Canuet, Laumonnier. — Aspects radiologiques et anatomo-pathologiques des cholédocites terminales. *J. de Chirurgie*, 76, 1 (1958).
51 — Roux, Rettori, Debray, Le Canuet. — Diverticule duodénal juxta-oddien et maladie du cholédoque terminal. *J. de Chirurgie*, 78, 4 (1959).
52 — Sarles (H.). — Papillite chronique ictérigène primitive. *Marseille Médical*, 87, 7 (1950), p. 354.
53 — Sarles (H.). — Etude des facteurs nerveux centraux et périphériques au cours des dyskinésies biliaires. *Arch. des Mal. de l'App. Digestif*, 45 (1956), p. 7.
54 — Sénèque, Roux, Le Canuet. — Technique d'exploration radiomanométrique per-opératoire des voies biliaires. *J. de Chirurgie*, 65, p. 251 (1949).
55 — Stalport, Nicolas et col. — Importance du test de la myoplégine au cours de l'évaluation fonctionnelle du sphincter d'Oddi. *Acta Chir. Belgica*, 57, 9 (déc. 1958), p. 901.
56 — Stalport, Nicolas et col. — La débitmétrie per-opératoire. Méthode d'évaluation fonctionnelle du sphincter d'Oddi. *Lyon Chirurgical*, 55, 6 (1959).

I - TRAITEMENT CHIRURGICAL. TECHNIQUE. INDICATION.

57 — Audouin. — Expérience de trois ans de la sphinctérotomie dans la lithiase biliaire. *Mém. Acad. Chirurgie*, 85, p. 238, 1959.
58 — Barraya, Miniconi, Oustric. — Fermeture primitive, chirurgie habituelle du cholédoque. *Arch. des Mal. de l'App. Digestif*, n° 2, 181, 1955.
59 — Barraya, Miniconi, Oustric. — Cholédoco-anastomose et sphinctéroplastie. *Soc. de Chirurgie de Marseille*, 21 oct. 1956.
60 — Barraya. — Papillo-sphinctéroplastie totale et chirurgie biliaire sans drainage. *Mém. Acad. Chirurgie*, 85, p. 249, 1959.
61 — Binet (J.-P.), Faure. — La chirurgie en 1959. Place actuelle de la sphinctérotomie dans la chirurgie des voies biliaires. *Rev. du Praticien*, p. 2553, sept. 1959.
62 — Plinio Bove, Mario Ramos de Oliviera et col. — La papillotomie dans le traitement des processus inflammatoires du cholédoque terminal. Bases, technique et indications. *Revista de Cirurgia de Sao Paulo*, vol. 21, n° 2 (1956) - in *Journal de Chirurgie*.
63 — Calame. — Documentation sur la sphinctérotomie oddienne et son complément, le drainage pancréatique. *Lyon Chirurgical*, 5 (1958).
64 — Champeau, Pineau. — Chirurgie des voies biliaires de l'adulte et du nourrisson. Masson, éd., 1952.
65 — Champeau. — La chirurgie de la lithiase cholédocienne sans drainage. *Mém. Acad. Chirurgie*, 85, p. 241 - 1959.
66 — Dubourg, Fontan. — Cholédocotomies et sphinctéroplasties. *Mém. Acad. Chirurgie*, 85, p. 279 - 1959.
67 — Garcin, Maynaud, Caurey, Mouchet. — A propos de 150 cas de chirurgie du cholédoque. *Annales de Chirurgie* (nov. 1959).
68 — Goinard, Pélissier. — Tactique chirurgicale de la lithiase de la voie biliaire principale. *Annales de Chirurgie*, 17-18, 1957.
69 — Goinard, Pélissier. — Cholédocotomie idéale et sphinctéroplastie dans la lithiase du cholédoque. *Afr. Française Chir.*, 15, 3 (mai-juin 1957).
70 — Goinard, Pélissier. — Chirurgie de la lithiase cholédocienne sans drainage. *Mém. Acad. Chirurgie*, 83, p. 606, 1957.
71 — Goinard, Pélissier. — La sphinctéroplastie totale sans drainage cholédocien. *Annales de Chir.*, 11, 7-8 (1957).
72 — Goinard, Pélissier. — Contre une excessive diffusion de la sphinctéroplastie (écueils, incidents, accidents). *Presse Médicale*, 29, p. 1187 (juin 1959).
73 — Goinard, Pélissier. — Chirurgie de la lithiase cholédocienne sans drainage, grâce à la sphinctéroplastie totale. *Mém. Acad. Chirurgie*, 84, p. 953 (1958), et 85, p. 258 (1959).

74 — Gouirand. — Le pronostic opératoire de la lithiase de la voie biliaire principale. A propos de 250 observations. Thèse Marseille, 1959-1960.
75 — Henry, Inglésakis, Montiès, Curel. — Etude des résultats de 113 cholédocotomies pour lithiase. *Marseille Chirurgical*, 9e année, 2, 1957.
76 — Henry, Courbier, Montiès. — La duodénotomie en chirurgie biliaire. *Acta Chirurgica Belgica*, An. 57, 4 (avr. 1958).
77 — Henry, Sarles (H.), Courbier, Sarles (J.C.), Montiès. — Etude statistique de 50 réinterventions sur les voies biliaires. Soc. de Chirurgie de Marseille, 20 novembre 1958. *Marseille Chirurgical*, 12e année, no 1, 1960.
78 — Hepp. — Technique et indications du drainage dans la chirurgie cholédocienne. *Maroc Médical*, 32, p. 555 (juin 1953).
79 — Hepp, Issalis. — Complexité de la lithiase hépatocholédocienne et de son traitement. Indication de la voie combinée. *Annales de Chirurgie*, 13, 17-18, 1959.
80 — Hepp. — La chirurgie de la lithiase cholédocienne sans drainage avec sphinctéroplastie totale. *Mém. Acad. Chirurgie*, 85, p. 253, 1959.
81 — Lamy, Sarles (H.). — Considérations sur les échecs du drainage des voies biliaires dans les papillites chroniques ictérigènes. La cholangiosténose tripolaire. *Presse Médicale*, 42, p. 932, 1952.
82 — Lamy, Michotey. — A propos de la duodénotomie en chirurgie biliaire. *Mém. Acad. Chirurgie*, 83, p. 858, 1957.
83 — Léger, Van Steenburgghe. — Sphinctérotomie odienne transcholédocienne. *Presse Médicale*, 66, 53 (5 juillet 1958).
84 — Longuet. — Sur les risques immédiats de la sphinctérotomie oddienne. *Mém. Acad. Chirurgie*, 84, p. 479, 1958.
85 — Mallet (Guy). — Place des opérations directes sur la papille dans la chirurgie de la lithiase du cholédoque. *Mém. Acad. Chirurgie*, 85, p. 251, 1959.
86 — Meier, Schweingurber (Bâle). — Sur l'indication de la duodénotomie et de la sphinctérotomie dans la chirurgie des voies biliaires. *Helvetica Chirurgica Acta*, 25, no 4-5 (nov. 1958) - in *Journal de Chirurgie*.
87 — Garcia Morau. — Papillotomie duodénale dans l'obstruction du cholédoque distal. *Arch. des Mal. de l'App. Digestif*, 45, 4 (avr. 1956).
88 — Patel, Nardi, Lataste. — La chirurgie oddienne dans les cas d'affections biliaires non tumorales. *Arch. des Mal. de l'App. Digestif*, 48, 10 (oct. 1959).
89 — Preston. — Ampullo-duodénostomie transduodénale, sans drainage, dans les obstructions de la voie biliaire principale. *Surg. Gyn. Obst.*, vol. 100, no 4, avr. 1955.
90 — Joao de Resende Alves. — La papillo-sphinctérotomie calibrée. *Presse Médicale*, 68, p. 875, 1960.
91 — Roux, Arsac. — Etude expérimentale du cholé-rétro-péritoine. *J. C.*, 79, 2, 1960.
92 — Roux, Rettori. — Technique de la sphinctérotomie oddienne. *Journal de Chirurgie*, 72, 11 (1956).
93 — Roux (G.), Marchal, Baumel. — Réflexions sur le drainage de la voie biliaire principale. *Marseille Médical*, p. 420, 1957.
94 — Salembier. — Le risque opératoire en chirurgie bilio-pancréatique. Masson, 1959.
95 — Santy. — Le drainage dans la cholédocotomie pour lithiase. *Revue de Chirurgie*, 66, 1 (1947).
96 — Sénèque. — Les indications opératoires dans la lithiase du cholédoque. *Annales de Chirurgie*, mars 1953.
97 — Soupault, Bucaille, Bacchini. — La papillo-sphinctérotomie. *Annales de Chir.*, 11-12, 1957.
98 — Soupault, Sultan. — Complexité de la lithiase hépato-cholédocienne et de son traitement : indication de la voie combinée. *Annales de Chir.*, 13, 17-18, 1959.
99 — Soupault. — La chirurgie de la lithiase cholédocienne sans drainage avec la sphinctéroplastie totale. *Mém. Acad. Chirurgie*, 85, p. 255, 1959.

100 — De Vernejoul, Devin. — Les rétrécissements post-opératoires des voies biliaires. Ed. Masson, 1953.
101 — De Vernejoul, Henry. — Les réinterventions sur la voie biliaire principale pour récidive après cholécystectomie. *Acta Chirurgica Belgica*, fasc. 5, 1957.

II. - RESULTATS ELOIGNES.

102 — Barraya, Miniconi, Oustric. — Papillo-sphinctéroplastie mesurée. 69 résultats éloignés. Fermeture primitive du cholédoque. *Mém. Acad. Chirurgie*, 1958, p. 799.
103 — Bourgeon, Piétri. — Existe-t-il des séquelles de la sphinctéroplastie ? *Afr. Française Chirurgicale*, 16, 6 (nov.-déc. 1958).
104 — Bousquet-Barbera (Mme). — Résultats comparés du drainage externe et de la sphinctérotomie dans les maladies du sphincter d'Oddi (110 obs.). Thèse Marseille, 1959.
105 — Goinard, Pélissier. — Bilan organo-fonctionnel de 100 sphinctéroplasties oddiennes totales. *J. de Chirurgie*, 78, 2 - 1959.
106 — Longuet (Y.). — Résultats et suites éloignées de la sphinctérotomie. *Mém. Acad. Chirurgie*, 1959, p. 244.
107 — Mallet (Guy), Courtieux, Jacquemet, Charb. — Enquête sur les résultats fonctionnels éloignés des papillotomies et sphinctérotomies trans-duodénales en chirurgie biliaire. *Lyon Chirurgical*, 55, 4 - 1959.
108 — Marchal et Loubatières. — La sphinctéroplastie de l'Oddi, traitement rationnel de la cholédocolithiase et des oddites organiques. *Annales de Chir.*, 14 : 15-16 - 1960.
109 — Mercadier. — Résultats de la sphinctérotomie trans-duodénale. *Lyon Chirurgical*, 55, 6 - déc. 1959.

TABLE DES MATIÈRES

A. — PAPILLE ET PATHOLOGIE DE LA V.B.P.

I. — La place du sphincter d'Oddi dans la physiologie des voies biliaires 17

II. — La place du sphincter d'Oddi dans la pathologie de la V.B.P. 22

III. — La sphinctérotomie et sa place dans la chirurgie de la V.B.P. 25

B. — LE MATERIEL D'ETUDE.

I. — Les observations 37

II. — Les constatations opératoires 72

III. — Les indications posées 75

C. — ETUDE DES RESULTATS.

I. — Immédiats 83

II. — Eloignés 93

CONCLUSIONS 107

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.